

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LARYNGITE SOUS-GLOTTIQUE AIGUE DANS LA GRIPPE

Par le Dr **PAUL TISSIER**, chef de Clinique de la Faculté.

La muqueuse du larynx est souvent touchée dans la grippe. Tantôt, il s'agit d'une simple *hypérémie* passagère, qui se traduit par une sensation de picotement, de chatouillement et par une faible raucité de la voix ; tantôt, c'est une *laryngite catarrhale* diffuse, avec légère sécrétion muqueuse, provoquant une sensation de chaleur, de brûlure, avec altération de la voix pouvant aller jusqu'à l'aphonie complète ; tantôt, mais plus rarement, on se trouve en présence d'une *laryngite hémorragique* (Leyden, Compairé ⁽¹⁾) ou encore d'une laryngite avec *exsudation fibrineuse* et tuméfaction notable de la muqueuse (Fraenkel ⁽²⁾, Kraunhals ⁽³⁾).

L'aphonie, au lieu de persister simplement quelques jours, peut se montrer particulièrement rebelle et se prolonger des semaines, même des mois. C'est que les manifestations laryngées grippales relèvent de processus anatomiques assez nombreux et variés ; on a décrit la formation d'exulcérations catarrhales (Moure, Cartaz) au niveau des cordes vocales, la tuméfaction du tissu sous-muqueux des replis ventriculaires, de l'espace interaryténoïdien, etc., la formation de petits abcès au niveau des cordes (Schaeffer), etc.

Enfin il faut signaler la possibilité de paralysies, en général curables, qui ont été observées par différents auteurs (Michel, Koch ⁽⁴⁾).

Nous-même, dans un mémoire de 1890, avons publié 1 cas

(1) COMPAIRÉ. — *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, p. 468, 1, 1896.

(2) FRAENKEL. — *Deutsch. medicin. Wochenschr.*, n° 28, 1890.

(3) KRAUNHALS. — *Sanct-Petersburger medicin. Wochenschr.*, 1891.

(4) KOCH. — *Ces annales*, p. 313, 1888.

de paralysie du muscle aryténoïdien consécutive à la grippe⁽¹⁾.

Mais il est beaucoup plus rare que les laryngopathies grippales aient pour conséquence la production de troubles du côté de la respiration. On en a publié plusieurs exemple sous des vocables divers : spasme glottique, œdème laryngé, etc... Dans ces cas on nota une dyspnée intense, parfois avec tirage, et, malgré la gravité apparente des accidents, ceux-ci évoluèrent en général vers la guérison (Dullocq) ; cependant, dans plusieurs cas, on dut recourir à la trachéotomie (auteurs danois).

Nous avons pu, il y a quelque temps, observer à la clinique de la Faculté de l'hôpital Saint-Antoine, une femme atteinte de grippe présentant une dyspnée intense avec tirage sus-sternal, chez laquelle l'examen laryngoscopique révéla l'existence d'une laryngite sous-glottique.

Voici l'observation de notre malade telle qu'elle a été indiquée par M. Kahn que nous remercions de son obligeance.

F. Julia, 31 ans, cuisinière. *Antécédents héréditaires* : Père mort à 66 ans, d'un cancer de l'estomac. Il avait eu trois attaques d'hémiplégie, la première à 48 ans : mère âgée de 70 ans, bien portante, très irritable, mais n'ayant jamais eu d'attaques de nerfs. Quatre frères et deux sœurs bien portants. *Antécédents personnels* : Aucune maladie dans la première enfance : pas de maux de nez, d'oreilles, ni d'yeux, pas de rougeole. A 8 ans, scarlatine. Depuis cette époque, bonne santé jusqu'à il y a trois ans, époque où elle fut prise brusquement d'une attaque de dyspnée laryngée extrêmement intense.

En avril 1894, à la suite d'un refroidissement, au milieu de la nuit elle est réveillée par une gêne considérable de la respiration. Elle est forcée de s'asseoir sur son lit et de se cramponner aux objets voisins. La voix était complètement éteinte. Le lendemain matin, l'état restant le même, on la transporte à l'hôpital Saint-Antoine, où on la traite par l'application de ventouses, de teinture d'iode et au bout de deux jours la respiration redevient normale. La voix reparait au bout de quelques jours. Elle reste quinze jours dans la salle.

Depuis cette époque jusqu'à ces jours-ci, bonne santé : elle ne se plaint que de douleurs abdominales intermittentes.

La malade a, depuis l'âge de 12 ans, de fréquentes crises ner-

(1) PROUST et P. TISSIER. — *Ces annales*, 1890.

veuses, quelquefois même avec perte complète de connaissance. Les membres sont secoués alors de mouvements convulsifs. Jamais de miction involontaire au cours ou en dehors de la crise, jamais de morsure de la langue. Les crises durent environ une demi-heure. La dernière crise remonte à quinze mois. Ni syphilis, ni alcoolisme.

Le 15 janvier dernier, à la suite d'un refroidissement la nuit, elle se sent courbaturée notamment au niveau des reins et des jambes. En même temps apparaît une céphalée violente. Ni vomissements, ni nausées.

Dans la journée du lendemain, samedi, elle a deux crises nerveuses, l'une dans la matinée, l'autre dans l'après-midi, et dans la nuit du samedi au dimanche, elle est prise d'une dyspnée intense qui l'oblige à rester assise dans son lit. La voix, enrôlée depuis deux jours, s'éteint. Elle reste dans cet état toute la journée du dimanche et le soir à sept heures elle est amenée d'urgence à l'hôpital Saint-Antoine dans un tel état que l'interne de garde se demande s'il ne devrait pas pratiquer la trachéotomie immédiate : on lui prescrit des compresses d'eau chaude sur la région pré-laryngée et des pulvérisations de vapeur d'eau.

18 janvier. — Nous trouvons la malade assise dans son lit, extrêmement dyspnéique, pâle, légèrement cyanique, les yeux brillants.

A chaque inspiration bruyante (c'est presque du cornage), prolongée, on voit se déprimer la région sous-hyoïdienne, pas de tirage sous-sternal. La voix est complètement éteinte. Pas de dysphagie.

La poitrine a une sonorité normale, l'auscultation ne fait entendre qu'un murmure affaibli couvert par les bruits laryngés. Rien au cœur.

Intégrité des organes abdominaux. Urine non albumineuse. Pas de fièvre.

On continue le même traitement.

L'examen laryngoscopique nous montre : l'intégrité de la partie sus-glottique du larynx. Les cordes vocales à face supérieure très légèrement hyperémie, non tuméfiées, sont immobilisées dans la position intermédiaire. Immédiatement au-dessous d'elles on voit la muqueuse sous-glottique d'une coloration rouge vif, considérablement tuméfiée et rétrécissant la lumière du conduit dont le calibre ne dépasse pas le diamètre d'un crayon.

Pendant les efforts de phonation, les cordes se rapprochent légèrement.

19 janvier. — La respiration est libre. La voix est revenue, mais conserve un timbre rauque. Avant d'émettre un son, la malade fait une inspiration profonde. Toux légère sans expectoration. Rien dans la poitrine.

Examen du larynx, les cordes vocales sont absolument blanches et s'écartent et se rapprochent librement dans toute leur étendue. Seule, la région aryténoïdienne est un peu hyperémiee. Au moment des efforts de phonation, la tension des cordes est insuffisante (parésie du thyro-aryténoïdien) et il persiste un espace libre ovalaire à la partie moyenne de la glotte.

On n'aperçoit plus de bourrelets au-dessus des cordes, mais à la partie antérieure immédiatement au-dessous de la commissure existe une légère saillie de coloration rosée tout à fait indépendante des cordes.

L'amygdale pharyngée paraît peu développée. Il n'y a aucun signe de sténose nasale. La muqueuse du nez est normale.

Les deux amygdales palatines sont légèrement hypertrophiées, l'amygdale linguale est très notablement augmentée de volume, surtout latéralement.

20 janvier. — La toux est encore croupale. La voix a les caractères de la voix de fausset. Pas d'expectoration.

21 janvier. — Voix à peu près normale.

22 janvier. — La malade est sortie hier dans le jardin et s'est refroidie. La voix est légèrement couverte, pas de gêne de la respiration.

23 janvier. — La voix est revenue, la toux a disparu, la malade part le 24, guérie, pour le Vésinet. Depuis lors, la guérison s'est maintenue.

A quelques jours de distance nous suivions un cas identique chez un enfant de 4 ans. Mais nous ne croyons pas devoir en relater ici l'observation, car la laryngite hypoglottique aiguë est relativement beaucoup mieux connue chez l'enfant.

C'est en effet une maladie qui frappe surtout les jeunes sujets de 3 à 7 ans, et Bretonneau, qui avait observé la tuméfaction de la muqueuse, ce qu'il appelait l'enchifrènement de la glotte, en avait fait le substratum de la maladie à laquelle il avait donné le nom de laryngite striduleuse.

Chez l'adulte, c'est une lésion assez rare, à l'état aigu, tout au moins, car nous avons montré qu'elle n'était pas exception-

nelle au cours des deux grandes infections chroniques du larynx, la tuberculose et la syphilis.

Elle s'annonce par peu de prodromes, en général ceux d'une laryngite ou d'une trachéite légère et brusquement, en général, la nuit elle se découvre avec sa dyspnée extrême, angoissante, avec tirage, aphonie, semblant devoir entraîner l'asphyxie à bref délai.

Au laryngoscope, les cordes ne sont pas tuméfiées, en général à peine hyperémies, mais au dessous on constate un bourrelet saillant de coloration foncée, quelquefois vineuse, rétrécissant la lumière du conduit sous-glottique. Les cordes sont gênées dans leurs mouvements d'adduction, mais la tuméfaction est nettement sous-chordale.

L'on a cherché bien des raisons pour expliquer la brusquerie du début des accidents, bien inutilement à notre avis. Est-ce que dans toutes les lésions sténosantes des canaux, pareille évolution ne se retrouve pas pour les mêmes raisons : troubles spasmodiques, vaso-moteurs, etc., qui une fois constitués provoquent le rétrécissement plus marqué du conduit avec ses conséquences : pour le larynx, la gêne respiratoire, une fois établie, tend à augmenter encore l'hyperémie, la tuméfaction et par suite la sténose.

C'est là un fait banal en laryngologie dans les infiltrations de la muqueuse (tuberculose, syphilis). La cause accidentelle de l'hyperémie est variable : froid, irritations quelconques, etc., et point n'est besoin en général d'invoquer l'état névropathique des sujets à un autre titre que celui de cause favorisante.

A noter que chez l'adulte la laryngite hypoglottique aiguë est une maladie qui récidive volontiers. Notre malade en était à sa seconde atteinte.

Le traitement doit être simple : dans la plupart des cas on songera à la possibilité d'une trachéotomie ; mais, sauf dans le cas où il n'est pas permis de temporiser, on verra rapidement les signes de sténose céder à une thérapeutique qui peut se résumer en quelques mots : repos absolu au lit dans une chambre à température constante 19 à 20°, silence complet ; application en permanence au devant du larynx de compresses chaudes fréquemment renouvelées ; inhalations de vapeur d'eau et au besoin de quelques gouttes de chloroforme.

II

QUELQUES FAITS CLINIQUES

Par le Dr **RIPAULT** (de Dijon).

J'ai eu l'occasion de rencontrer dans ma clientèle au cours de l'année dernière plusieurs cas assez intéressants, m'a-t-il semblé, pour que j'en présente ici l'observation sommaire.

I. — Expulsion spontanée d'un corps étranger très volumineux du sinus maxillaire.

M. Ch. du Creusot est venu me trouver pour une obstruction nasale et un écoulement surtout prononcé du côté gauche.

Après lui avoir enlevé des polypes muqueux et un volumineux éperon de la fosse nasale gauche, je constatai une sinusite maxillaire double et une sinusite frontale gauche.

Le malade, empêché actuellement de recourir à une intervention énergique que je lui proposais, accepta seulement l'ouverture alvéolaire du sinus maxillaire gauche.

La perforation faite avec le trocart de Lermoyez, j'évacuai une grande quantité de pus ; la perforation fut fermée à l'aide d'un clou en argent n° 15 ; et le malade renvoyé chez lui avec recommandation de pratiquer chaque jour un grand lavage.

Trois mois environ après cette petite intervention tout allait aussi bien que possible, quand je reçus un télégramme de mon malade m'annonçant sa présence le lendemain.

Voici ce qui s'était passé.

Le malade, pour bien faire, croyait-il, enlevait son clou deux fois par jour pour se pratiquer ses lavages ; le clou finit par se trouver trop à l'aise dans le trajet, et le malade arriva insensiblement à l'enfoncer de plus en plus.

Un jour il l'enfonça si bien qu'il ne put l'enlever, et alla trouver son médecin ; celui-ci, en cherchant à extraire ce corps

étranger, l'enfonça très profondément, et me renvoya le malade.

Lorsque je le vis à mon tour, je constatai que certainement le clou était en partie dans le sinus ; mais on le sentait encore fixé, très profondément, dans le trajet.

J'endormis le malade, et avec l'aide de deux confrères, essayai de l'enlever.

Après avoir décollé largement la gencive j'insinuai un fin élévateur entre l'os et le clou ; mais n'arrivai à rien, et finalement le clou disparut tout à fait dans le sinus.

Je n'avais pas fait l'ouverture par la fosse canine ; le malade n'ayant pas consenti à rester plus de trente-six heures à Dijon.

Je le laissai repartir, et continuer ses lavages comme par le passé ; avec un clou beaucoup plus volumineux cependant.

Trois semaines après, le malade, à qui j'avais recommandé de me tenir régulièrement au courant de sa situation ; m'écrivit que dans un lavage, il avait rejeté le clou par le nez, « depuis deux ou trois jours, me disait-il, l'eau ne passait plus que très difficilement, et je sentais moi-même quelque chose remuer légèrement dans le nez ; je m'attendais donc à ce qui est arrivé, quoique n'espérant guère un semblable résultat ».

Cette observation m'a semblé intéressante à rapporter ; car je ne crois pas qu'on ait l'occasion d'observer l'expulsion par l'orifice du sinus d'un corps de dimensions pareilles ; mais le fait est là, et la parole du malade au-dessus de tout soupçon de supercherie.

Qu'il me soit permis à ce sujet de faire la remarque suivante : il serait à désirer que les fabricants d'instruments fissent toujours à ces clous de larges rebords ; le fait regrettable qui s'est produit ne serait pas arrivé ; et depuis, je choisis avec soin mes clous pour sinus à ce point de vue.

II. — Lupus papillomateux des deux fosses nasales.

M^{me} Bon... de Mailly m'est adressée par mon confrère et ami le Dr Bertrand pour une obstruction à peu près totale des deux fosses nasales remontant à plusieurs mois déjà.

Cette dame, âgée de 28 ans, est d'une constitution robuste, mais depuis quelque temps a perdu l'appétit et un peu les forces ; ce à quoi n'est peut-être bien pas étranger l'inquiétude que lui donne cette gêne de la respiration.

En relevant le lobule du nez, on aperçoit aussitôt deux grosses masses framboisées très près du méat nasal : au spéculum, on constate que ces masses assez fermes relativement, s'implantent sur la cloison, le plancher, la tête du cornet inférieur ; en un mot, processus généralisé à tout le vestibule.

Je trouvai en outre sur la partie postérieure de l'aile du nez, et le sillon naso-génien du côté gauche, une plaque rougeâtre de petites dimensions recouverte de croutelles, sous lesquelles je trouvai une ou deux petites ulcérations, et surtout à la loupe plusieurs petits tubercules caractéristiques. Cette petite lésion cutanée, considérée comme une plaque d'eczéma, avait à peu près coïncidé avec le développement des productions nasales.

Rien à la gorge ni au larynx ; poumons sains. L'affection constatée : j'insensibilisai de mon mieux avec une solution de cocaïne à 1/10 ; puis, avec une curette un peu large, enlevai par grattage plusieurs masses volumineuses, successivement sur chacune des parois du vestibule ; douleur et hémorrhagie assez minimes.

En quatre séances, les deux fosses nasales furent complètement déblayées, et la respiration rétablie. En même temps que la curette, j'employai le galvano-cautère qui me permit de bien cautériser toute la large surface d'implantation qui se présentait à moi et qui s'étendait à près de deux centimètres de profondeur.

Depuis j'ai eu l'occasion de revoir encore ma malade, et jusqu'au mois d'octobre j'ai dû chaque fois, soit sur la cloison, soit sur le plancher cautériser de petites masses fongueuses ; mais depuis quatre mois, aucune trace de récidence.

Il existait sur la tête du cornet inférieur droit une masse polypoïde volumineuse que j'ai extrait à l'anse et qui a servi à mon ami le Dr Dubard à faire l'examen histologique.

Je dois enfin ajouter que j'ai cautérisé à plusieurs reprises la petite plaque lupique de l'aile du nez, et me suis servi pour l'anesthésie cutanée, comme dans plusieurs autres cas, de la solution de glycérine gaiaculée à parties égales, qui donnait une anesthésie relative, mais suffisante pour calmer les appréhensions de la malade, et diminuer la cuisson ressentie à chaque pénétration de la pointe galvanique.

III. — Cas de rhinolithé.

L'enfant C. Berthe, âgée de 5 ans, m'a été amenée par sa mère, au mois de juillet dernier, pour un écoulement aussi abondant que d'odeur désagréable, par la narine droite. Cet écoulement durait depuis plus de quatre mois, malgré les lavages et les poudres conseillés à différentes reprises.

A l'examen de l'enfant, je trouvai un cornet inférieur tuméfié, arrivant au contact de la cloison, et la fosse nasale remplie d'un muco pus très épais et très adhérent que je dus enlever par une injection tiède.

J'appliquai ensuite un petit tampon cocaïné destiné à rétracter ce cornet très volumineux, et à me permettre d'explorer les fosses nasales de l'enfant sans qu'elle me contrariât par des mouvements intempestifs.

Je trouvai, au bout de quelques minutes, le cornet très diminué de volume, mais conservant encore très volumineuse son extrémité postérieure, sous laquelle je découvris engagé et même enclavé fortement, un corps dur et rugueux, caché en quelque sorte dans le méat inférieur.

J'introduisis alors un petit crochet à strabisme jusque dans l'arrière-nez, avec lequel je ramenai à la deuxième tentative un corps dur et assez volumineux, un véritable rhinolithé, et nullement un séquestre, dont l'examen n'a pas été fait au point de vue chimique; mais ne contenait en son centre ni noyau, ni corps étranger un peu volumineux, ce qui est pourtant la règle à peu près absolue.

A la suite de cette petite intervention, la sécrétion s'est tarie; le cornet est revenu sur lui-même et la respiration est redevenue normale en quelques jours.

IV. — Un cas de tumeur volumineuse du palais.

Je fus appelé en mars dernier à Champlitte par mon ami, le Dr Yon, pour opérer un de ses malades, M. M., porteur d'une volumineuse tumeur du voile du palais.

L'affection remontait à sept ou huit ans au moins; la tumeur qui gênait d'abord la prononciation seule avait fini par compromettre la déglutition, et dans les derniers mois la respiration.

Quand le Dr Yon me fit demander, le malade était pris les nuits de véritables crises de suffocation, et ne pouvait reposer que dans la station assise.

La tumeur remplissait la cavité buccale, et s'étendait presque de la base de la luvette à la partie la plus antérieure de l'arcade dentaire dont elle était séparée par un interstice de 1 centimètre à peine ; une distance un peu plus considérable la séparait des parties latérales de l'arcade ; l'isthme du gosier se trouvait considérablement rétréci, et le naso-pharynx partiellement comblé par le refoulement de la partie supérieure du voile.

La muqueuse amincie et de teinte à peine rosée était fortement adhérente à la tumeur régulière, de consistance ferme, et assez égale en tous points.

L'évolution lente de la tumeur, l'absence de toute ulcération, de douleurs, d'adénopathie, permettait de porter le diagnostic probable de tumeur bénigne.

Le malade, très énergique et courageux malgré son âge, 56 ans, ne voulut pas être endormi, et supporta l'opération qui dura trois quarts d'heure sans se plaindre, se bornant à se rincer fréquemment la bouche avec l'eau boricuée froide pour arrêter l'hémorrhagie.

Nous badigeonnâmes la muqueuse avec une solution de cocaïne, dix minutes avant l'intervention.

Je fis au centre de la tumeur une incision en quartier d'orange allant d'une extrémité à l'autre de la tumeur et d'une largeur de quelques centimètres seulement ; puis avec une fine pince à griffe et des ciseaux courbes m'efforçai de séparer la muqueuse de la tumeur ; cette dissection, facile en quelques points seulement, fut en général très délicate et laborieuse ; des travées fibreuses très épaisses se fixant à la muqueuse très amincie et que nous voulions ménager.

La tumeur traversée peu à peu d'avant en arrière, on arriva sur la face profonde du voile, où la tumeur se trouvant moins adhérente fut facilement séparée presque sans accidents ; il fallut ensuite rechercher et extraire de nombreux lobes se dissimulant sur les parties latérales ; enfin, au bout de trois quarts d'heure environ, nous avions sous les yeux une vaste poche représentant les deux faces du voile dédoublé, et ne contenant plus aucun élément suspect ; il fallut ensuite réséquer une bonne portion de la muqueuse de la face buccale et par une série de sutures à la soie fermer cette vaste cavité qui guérit très rapidement, malgré l'hématome qui s'y était formé les premiers jours.

L'hémorrhagie en nappe ne fut heureusement pas abondante, et de fréquents lavages à l'eau froide en avaient chaque fois raison.

La tumeur morcelée fut reconstituée et pesait 165 grammes ; l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibro lipôme ; la tumeur n'a du reste présenté jusqu'à ce jour aucune trace de récidence ; et le malade est parfaitement guéri.

V. — Laryngite hérédo-spécifique chez un jeune homme de 27 ans, sténose glottique traitée par la dilatation progressive.

Jac. 27 ans, de Sauvigny sous Malain, est venu me consulter en mai 1897, pour une affection du larynx remontant à plus de six mois déjà.

Le début a consisté en troubles de la voix accompagnés de toux ; la parole est devenue de plus en plus difficile, et actuellement il existe un degré d'aphonie assez prononcé.

Le malade présente de petites quintes de toux et une expectoration insignifiante. Malgré cette toux pour laquelle il a été soigné depuis plus d'une année, il ne présente à l'auscultation, non plus qu'à la percussion, aucun bruit suspect ; jamais d'hémoptysie, ni de pleurésie antérieure. Le malade est un fort solide gaillard, ayant bon appétit et bon sommeil ; mais présentant depuis deux mois des troubles respiratoires de plus en plus intenses et pour lesquels, en réalité, il vient me consulter.

Il existe un véritable cornage ; la nuit : des suffocations ; le malade ne peut se livrer à aucun travail, tant soit peu pénible, sans être obligé de s'arrêter.

Il vient me trouver, tout disposé, me dit-il, à supporter n'importe quelle opération pour être soulagé.

A l'examen du larynx : rien à l'épiglotte ; mais sténose laryngée par hypertrophie énorme de l'aryténoïde gauche et sans doute des parties sous-jacentes ; moitié droite du larynx un peu mobile ; moitié gauche absolument immobile.

J'hésite, je l'avoue ; et penche vers un sarcome à évolution rapide chez un jeune homme ; car la tuberculose, d'après les antécédents et l'examen, paraissait pouvoir être mise de côté.

Je m'abstins d'enlever, même un fragment de la tumeur, de crainte de provoquer dans mon cabinet une crise grave de suffocation.

J'interrogeai alors au point de vue de la spécificité ; mais malgré mon interrogatoire aussi détaillé que possible, n'obtins aucun renseignement ; d'ailleurs le malade, ancien sous officier, connaissait la syphilis, plusieurs de ses camarades l'ayant eue

pendant son congé, et il affirmait et assurait ne l'avoir jamais contractée.

En l'interrogeant alors sur ses antécédents de famille, j'appris qu'il avait perdu de convulsions un tout jeune frère, qu'un autre avait été presque aveugle pendant une année.

Je résolus donc de le traiter comme un spécifique, et lui donnaï un traitement énergique qu'il promit de suivre strictement.

Quinze jours après il revint, si bien amélioré déjà que je pus alors apercevoir la corde vocale droite à peu près normale ; il existait toujours une infiltration considérable du larynx gauche. A quelque temps de là, l'infiltration était encore notablement réduite, et je pus constater qu'il existait un véritable entonnoir glottique représenté par une infiltration de la paroi postérieure et une mince membrane réunissant le tiers antérieur des cordes.

Bien que la respiration fût déjà considérablement améliorée, elle laissait encore fort à désirer ; aussi je dus le soumettre à une série de séances de dilatation par les tubes gradués de Schrøtter ; et eus la satisfaction au bout d'un traitement de trois mois environ de lui permettre de reprendre ses pénibles travaux des champs ; la respiration était à peu près normale, et jusqu'ici cet état s'est maintenu depuis bientôt un an.

VI. — Un cas de gomme de la langue.

M. Ch. vient me consulter pour des douleurs violentes de la gorge, avec irradiations à l'oreille gauche ; la déglutition est devenue des plus pénibles ; le malade est tourmenté par une salivation incessante.

Rien à l'examen du pharynx.

Mais au laryngoscope, on trouve à la base de la langue et au niveau de l'amygdale linguale, une ulcération assez profonde, plus grande certainement qu'une pièce de 2 francs, à fond jaunâtre, et entourée d'une zone de tuméfaction très accentuée.

Le malade ignorait avoir eu la syphilis et s'en défendit d'abord ; mais il finit par se souvenir de la classique éruption de sang et d'ulcérations sur les lèvres et la langue deux ans auparavant : aussi se soumit-il au traitement spécifique, qui amena en trois semaines la guérison de cette gomme de la langue, qui s'accompagnait en même temps, je dois le dire, d'une infiltration de l'épiglotte assez prononcée.

Qu'il me soit permis à ce sujet de citer aussi le cas d'une dame qui me fut adressée par un de mes confrères pour des

douleurs de gorge, surtout vives la nuit, au point de l'empêcher de dormir ; n'ayant rien trouvé à l'examen du pharynx ni du larynx, il me pria de l'examiner à mon tour. Je trouvai aussi ces organes normaux ; mais à rhinoscopie postérieure, je constatai une ulcération à la face supérieure du voile, un peu au-dessus de la naissance de la luette ; vu le caractère des douleurs et l'aspect de l'ulcération, sa date récente, je prescrivis le sirop de Gibert ioduré qui amena une prompte cicatrisation ; et en moins de huit jours, la disparition des douleurs. Si je cite ce fait, d'apparence banale, c'est que deux fois déjà chez mon excellent maître, M. le Dr Gouguenheim, j'ai vu des femmes se consulter pour des cas analogues, envoyées par des confrères qui avaient tendance à traiter ces malades de névropathes ; alors qu'elles étaient porteuses de lésions toujours semblablement placées, relevant de la même cause, dont l'importance thérapeutique saute aux yeux, et ne pouvant se diagnostiquer que par un examen rhinoscopique très attentif.

VII. — Un cas de polype de la région de Shrappnell à évolution remarquablement rapide.

M. C. ébéniste, 35 ans, est venu me consulter pour une adéno-pathie cervicale très accentuée, dont il ne me fut pas difficile de rattacher le développement à une influence syphilitique.

Peu de temps après être venu me trouver, il se présenta à nouveau avec un écoulement purulent abondant et de mauvaise odeur de l'oreille droite, survenu après une nuit de souffrances seulement.

Je constatai une perforation assez étendue au-dessus de la petite apophyse, par où l'insufflation faisait sortir un pus épais.

Mon client fut obligé de partir en voyage et revint me voir un mois environ après cette visite ; très tourmenté parce que outre, l'écoulement, il éprouvait à présent des douleurs ; était totalement sourd de l'oreille ; enfin sentait un corps dur avec le doigt.

Effectivement, il suffit d'écarter le méat pour constater l'existence d'une masse grisâtre, baignant dans le pus, et avec le stylet son absence d'implantation sur le conduit.

J'introduisis alors aussi profondément que possible un serre-nœud dont l'anse me ramena par arrachement un polype énorme puisqu'il s'étendait de la membrane tympanique à peu près au méat de l'oreille ; cette masse s'était développée en l'espace d'un mois sous l'influence de la diathèse. Son insertion se fai-

sait au niveau de la perforation supérieure dont j'ai parlé plus haut ; je cautérisai le pédicule au galvano-cautère ; et par des lavages répétés de l'attique, joints au traitement antisypilitique, arrivai à obtenir la cessation de l'écoulement, et la disparition bien définitive, je l'espère, de ce volumineux polype.

VIII. — Volumineux polype de la fosse nasale gauche accidents cérébraux.

M^{me} X. de Verey s. Salmaise me fut adressée par mon ami, le Dr Chauvenet, dans les conditions suivantes. Il soignait cette dame pour des accidents cérébraux assez sérieux, en particulier des tendances presque permanentes à la somnolence pouvant faire craindre des phénomènes plus graves ; cette femme étant à la fois diabétique et albuminurique.

Il s'était aperçu au cours de l'examen que la respiration nasale était des plus difficiles ; cette personne lui ayant appris que des polypes nasaux lui avaient été enlevés à diverses reprises, c'est pour cette raison qu'il me l'envoya.

Il fut facile de constater que la fosse nasale gauche était remplie par un volumineux myxome qui descendait dans l'arrière-nez jusqu'au voisinage de la luette.

Après l'avoir soigneusement cocaïnée par la fosse nasale correspondante et le pharynx, je réussis à saisir la masse dans une anse introduite par le nez, et attirée par le doigt recourbé derrière le voile ; j'arrivai ainsi par une traction prolongée à extraire un polype de dimensions considérables, puisque dans son plus grand diamètre, il mesurait plus de 12 centimètres, et pesait plus de 30 grammes ; à la suite de cette petite intervention la respiration nasale, à peu près impossible depuis plus de deux ans, redevint normale ; et, fait très intéressant à signaler, la céphalée et tous les phénomènes de stase cérébrale qui pouvaient faire craindre une terminaison fâcheuse s'amendèrent rapidement, et la malade éprouva dans son état général une amélioration très considérable.

IX. — Un cas d'hématome spontané de la luette.

Si l'on a décrit des cas d'hématome de cet organe par traumatismes divers, les infiltrations spontanées sont extrêmement rares, aussi rapporterons nous très succinctement l'observation suivante.

Un malade, approchant la soixantaine, vint nous trouver pour une grosseur qui s'était brusquement produite pendant la nuit, et lui occasionnait une gêne considérable et de continuelles envies d'avaler.

Il fut facile de constater que la luette, ayant plus que doublé de volume, présentait une coloration noirâtre dans toute son étendue ; le reste du voile était sain ; mais on voyait des varicosités manifestes sur les piliers antérieurs. Le malade était un artério-scléreux, et l'hémorragie interstitielle de la luette s'était produite par rupture d'un de ses vaisseaux. Le malade, malgré la recommandation qui lui avait été faite, ne s'est plus représenté à l'examen ; et nous ignorons combien il a pu falloir de temps à l'épanchement pour se résorber.

L'étiologie de ce cas nous a seule engagé à en dire quelques mots.

X. — Un cas d'ulcérations tuberculeuses du naso-pharynx et du pharynx buccal à répétition.

M. Th., 26 ans, m'a été amené par sa mère pour des douleurs de gorge très vives, s'accompagnant d'embarras du nez, et de douleurs d'oreille.

La déglutition depuis plusieurs semaines déjà est très compromise : aussi l'état général s'en ressent-il ; l'amaigrissement et la perte des forces marchent avec une telle rapidité que la mère me le présente presque désespérée.

Ce jeune homme a eu à 14 ans des hémoptysies, à 20 ans une pleurésie qui a trainé près de quatre mois, et a amené son exemption du service militaire.

Le début des accidents naso-pharyngiens remonte à deux mois environ ; mais le mal a fait des progrès sensibles depuis trois semaines environ.

Le jeune homme tousse et expectore surtout le matin ; transpirations nocturnes très fréquentes ; fièvre le soir.

Bref, le portrait d'un tuberculeux avéré. A l'examen de la gorge, rougeur diffuse du pharynx et des piliers ; quand ceux-ci se relâchent, on voit en dedans d'eux une large ulcération, assez profonde, d'aspect jaunâtre, qu'on suit par la rhinoscopie postérieure presque vers le pavillon tubaire ; en arrière de la luette, sur la paroi postérieure du pharynx, ulcération circulaire du diamètre d'une pièce de 1 franc, et deux ou trois autres plus petites au pourtour.

Fosses nasales encombrées de mucus, et une ulcération sur la cloison du côté gauche, située profondément.

A l'auscultation : quelques craquements à gauche ; expiration prolongée, timbre rude de la respiration et de la toux, aux deux sommets, en arrière.

Je prescris l'huile de foie de morue que ce jeune homme avait déjà prise et supportait très bien ; l'usage de la viande crue. Je lui fais à huit jours de distance deux séries de pointes de feu.

Je lui prescris des irrigations nasales biquotidiennes avec le siphon Weber pour dégager les fosses nasales.

Enfin je fais tous les jours d'abord, puis tous les deux jours après cocaïnisation, un badigeonnage des ulcérations avec la glycérine phéniquée à 1/10.

Sous l'influence de ce topique, les ulcérations se détergent et se cicatrisent très rapidement ; car en un mois à peine elles étaient complètement cicatrisées.

L'état général s'était relevé concomitamment ; les forces et l'appétit étaient revenus, la fièvre avait disparu.

Pendant six mois, tout alla bien ; mais un certain jour, le jeune homme me fut ramené souffrant à nouveau de la gorge, mais presque exclusivement à gauche ; expectorant assez abondamment, et toussant à nouveau.

Ces manifestations gutturales s'étaient accompagnées immédiatement de troubles généraux analogues à ceux observés la première fois, mais moins violents.

Il s'agissait d'une nouvelle poussée bacillaire sur le pharynx et le poumon ; car on y entendait à nouveau quelques râles dont la disparition avait coïncidé avec la guérison de la première poussée.

A l'examen de la gorge : ulcération sur la paroi postérieure, mais surtout large et profonde perte de substance intéressant la partie antérieure de l'amygdale et le pilier antérieur gauche ; avec aspect grisâtre, lardacé de cette région ; ganglion sub-maxillaire volumineux du même côté.

La masse fongueuse se présentant assez bien isolée ; je l'excisai en deux ou trois fois avec la pince coupante pour amygdale en dépassant les limites du mal ; puis cautérisation au galvanocautère ; application de glycérine phéniquée sur l'ulcération pharyngée.

Au bout de trois semaines environ, guérison, et simultanément modification de l'état général.

Enfin, il y a quatre à cinq mois pas davantage, ce jeune homme avait une nouvelle ulcération, mais de dimensions fort minimales vis-à-vis la luelette dont je vins à bout par quelques applications de glycérine phéniquée.

Actuellement état général excellent ; respiration à peu près normale à l'auscultation, sauf légère rudesse au sommet gauche ; gorge normale.

Le diagnostic a été basé sur l'aspect des ulcération ; les résultats tirés de l'auscultation et de l'examen général ; enfin les résultats d'inoculations à deux cobayes faites par mon ami le Dr Dubaud.

Cette observation m'a semblé intéressante à plusieurs points de vue :

1° Le siège des ulcération, les premières du moins, qui avaient échappé à des examens antérieurs par leur situation dans le pharynx supérieur.

2° L'efficacité particulièrement rapide, et que j'ai retrouvé dans 2 ou 3 autres cas analogues, dans 2 cas de lupus du nez ulcérés, en particulier, de la glycérine phéniquée forte.

3° La relation si frappante entre l'apparition de la lésion locale au pharynx et l'altération immédiate de l'état général ; sa guérison et le retour à une excellente santé.

4° Les poussées décroissantes successivement ; il s'agissait là d'ailleurs, de par la courte durée même des accidents, de localisations de tuberculose atténuée.

Le jeune homme se porte actuellement parfaitement bien ; et j'espère le voir à l'abri de nouveaux accidents surtout depuis qu'il suit une meilleure hygiène ; car j'ai omis de dire que le début avait coïncidé avec un genre de vie très défectueux : excès divers ; et l'occupation d'un logement humide, et par suite peu salubre.

XI. — Un cas de paralysie du voile du palais.

Une dame vint me consulter en novembre dernier pour une gêne qu'elle éprouvait à la gorge depuis plusieurs jours.

Ce n'était pas une douleur, mais une sensation d'embarras ; la déglutition se faisait bien, mais si elle se faisait un peu trop rapidement, si surtout il s'agissait de liquides, alors la malade s'étranglait et rejetait même un peu de liquide par le nez.

En examinant la malade, il me fut facile d'arriver à constater que la source de ces accidents était une paralysie de la moitié gauche du voile ; les signes en étaient nets, mais quelle en pouvait être la cause.

La malade me mit sur la voie du diagnostic ; elle avait été, deux à trois jours avant le début des accidents de la gorge, trouver un dentiste pour se faire extraire une dernière molaire supérieure ; l'extraction se fit par insensibilisation au chlorure d'éthyle ; la pulvérisation assez prolongée, au dire de la malade, laissa à sa suite une gêne dans le fonctionnement de la gorge, non immédiate, ou du moins surtout marquée au bout de deux à trois jours.

Il s'agissait là d'une hémiparalysie à *frigore*, mais d'une origine toute spéciale ; la guérison s'obtint en trois semaines de traitement par électrisation.

XII. — Un cas de papillôme volumineux du pilier antérieur droit.

Les papillômes du voile sont faits de pratique courante ; aussi ne citons-nous le cas suivant que par le volume remarquable de cette petite tumeur.

M^{lle} J., 48 ans, est venue nous consulter l'été dernier pour gêne et râclement constant du pharynx durant depuis longtemps déjà, et dont elle ne se serait pas autrement préoccupé, si en s'examinant elle n'avait constaté l'existence d'une petite tumeur au niveau de l'amygdale droite, tumeur occasionnant la sensation de corps étranger, et de fréquents besoins d'avaler à vide.

En effet, en plaçant l'abaisse-langue, nous trouvons au disant de l'amygdale une tumeur rosée, lisse, à peu près arrondie, masquant la partie moyenne et supérieure de la glande, et dont l'insertion se faisait par un pédicule court et étroit à la partie supérieure du pilier antérieur.

Pour donner une idée du volume de la tumeur, elle remplissait complètement les mors d'une pince à végétations adénoïdes pour adultes, et c'est par ce procédé que nous l'enlevâmes.

La tumeur égarée n'a pas été examinée histologiquement.

XIII. — Accidents locaux graves, consécutifs à l'emploi de la cocaïne.

M. B., père d'un de nos confrères, est venu me trouver pour un enrouement persistant, datant de plusieurs mois, et contre lequel les moyens ordinaires ont échoué. Je constate une

laryngite catarrhale chronique, avec épaissement des cordes, et me résous à la traiter par les pansements au chlorure de zinc à 1/30. Mais comme le malade est extrêmement nerveux et impressionnable ; d'autre part, a une grande sensibilité de la gorge ; je me propose, une première fois surtout, de l'insensibiliser avec soin.

Badigeonnage du voile, puis du vestibule laryngé avec une solution à 1/10 de cocaïne, solution fraîche ; puis insufflation de cocaïne jusque sur la glotte ; somme toute, 20 centigrammes de cocaïne seulement ont été employées ; dose qui souvent se trouve dépassée.

Je fais le pansement sans que le malade ressente quoi que ce soit.

Le soir on revient me chercher en toute hâte ; mais obligé de m'absenter, je ne pus revoir le malade.

Voici exactement ce qui s'était passé.

Une demi-heure environ après son pansement, le malade fut pris d'une cuisson atroce dans la gorge, avec répercussion douloureuse dans les oreilles ; pendant plus de trois jours, il lui fut impossible d'avaler quoi que ce fut ; il était tourmenté par une salivation aussi abondante que dans une stomatite mercurielle très intense ; la langue desquama en grande partie, et les gencives se dépouillèrent de leur couche épithéliale ; en même temps anorexie, état fibrile, et phénomènes nerveux très accentués. Le malade fut plus de huit jours à se remettre de cette intoxication.

La cocaïne, j'en suis certain, ne peut être incriminée ; il s'agit là d'une de ses idiosyncrasies bizarres mais heureusement fort rares comme on en rencontre de temps à autre avec la cocaïne.

J'ai tenu à citer ce fait pour l'intensité extraordinaire, et la longue durée : plusieurs jours, de ses manifestations ; n'ayant jamais lu d'observation d'un cas de ce genre.

Les quelques faits cliniques que nous présentons ici sont un peu sommaires et manquent de détails histologiques souvent, en particulier ; on nous excusera ; nous ne pensions pas à les publier, et n'avions pris sur elles que quelques mots d'observation seulement pour notre intérêt personnel ; elles n'ont d'autre mérite que leur exactitude.

SYRINGOMYÉLIE AVEC TROUBLES LARYNGÉS GRAVES

Par A. DRUAULT, Interne des Hôpitaux.

Les troubles laryngés ne sont pas rares dans la syringomyélie, néanmoins ils n'ont été étudiés que dans ces dernières années ⁽¹⁾. Dans presque toutes les observations publiées, il s'agissait seulement de troubles de la sensibilité ou de troubles moteurs unilatéraux et sans gravité. La malade que nous avons observée présente au contraire une dyspnée laryngée très-intense et c'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant d'en relater l'histoire.

R... 22 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Lermoyez le 20 octobre 1897 pour une dyspnée d'origine laryngée.

Pas de nerveux dans sa famille. Son père est mort à 40 ans de tuberculose pulmonaire, sa mère à 40 ans également, probablement de cirrhose avec ascite. — De ses six frères et sœurs, l'une est morte à 10 ans, les cinq autres qui ont de 14 à 27 ans sont bien portants.

Née dans le département du Cher, elle est venue à Paris à l'âge de 15 ans.

Premières règles à 15 ans, mais la menstruation ne s'est établie régulièrement qu'à 18 ans.

Jusqu'en 1893, pas de maladie digne d'être notée. A cette époque, débute le goître et quelques mois après se montrent

(1) LAMACQ. — *Revue de Médecine*, 1895, p. 308.

Prof. RAYMOND. — *Gazette des Hôpitaux*, 19 mars 1895, p. 332.

CARTAZ. — *Bulletins de la société française de laryngologie*, 1895, p. 84.

LERMOYEZ. — *Les causes des paralysies récurrentielles*, 1897, p. 178.

progressivement les troubles de la sensibilité. Depuis il est arrivé plusieurs fois à la malade de se brûler sans s'en apercevoir.

Au mois de septembre 1896, elle commence à tousser. Deux mois après, elle entre pour sa toux à l'hôpital Cochin où elle est traitée par le tannin et la créosote. Il semble que le diagnostic de bacillose pulmonaire porté d'abord ait été regardé comme douteux par la suite.

En janvier 1897, pendant son séjour à Cochin, elle commence à avoir de la dyspnée, surtout la nuit, et parfois de l'enrouement. Pendant quelques semaines, la dyspnée devient de plus en plus forte et à certains moments s'accompagne de cornage. Un examen laryngoscopique fait à cette époque aurait donné un résultat négatif. La dyspnée fut attribuée à une compression de la trachée par un goître plongeant et la malade fut envoyée à Bicêtre, dans le service de M. Arrou, pour y subir l'extirpation de son goître.

Le 3 mars, M. Arrou pratique cette opération. Avant de refermer la plaie, il explore avec soin toute la région sans trouver d'autre cause de compression du larynx ou de la trachée. La malade sort de Bicêtre le 20 mars.

À la suite de l'opération, elle éprouve un certain soulagement, mais non une guérison complète de ses étouffements.

En mai 1897, elle commence à avoir des troubles de la déglutition, les liquides reviennent par le nez lorsqu'elle boit avec précipitation.

Rien dans les antécédents ne permet de penser à la syphilis ni à l'éthylisme. De plus, la malade n'a jamais eu de crises de nerfs.

En novembre 1897, au moment où elle se présente à notre examen, elle éprouve une gêne continue de la respiration, s'exagérant dans certaines circonstances, par exemple quand elle monte un escalier, quand elle a une poussée de laryngite et encore la nuit pendant le sommeil. Le seul fait de prendre la position horizontale ne suffit pas à l'exagérer. Cette gêne est assez intense pour que l'on ait à craindre d'être obligé de faire la trachéotomie. La respiration est bruyante sans cornage véritable. Celui-ci se produit seulement lorsque la gêne de la respiration augmente.

La muqueuse du larynx est normale. La glotte se ferme complètement pendant la phonation mais s'ouvre très faiblement pendant la respiration. Dans la respiration calme, les cordes vocales sont écartées à leur extrémité postérieure de 2 milli-

mètres environ, les bords des cordes étant très légèrement concaves. Au moment des efforts d'inspiration, elles se rapprochent de moitié. Les deux cordes fonctionnent symétriquement. Leur faible écartement rend impossible l'examen de la trachée.

Le réflexe pharyngien est très intense et la laryngoscopie n'est possible qu'après cocaïnisation.

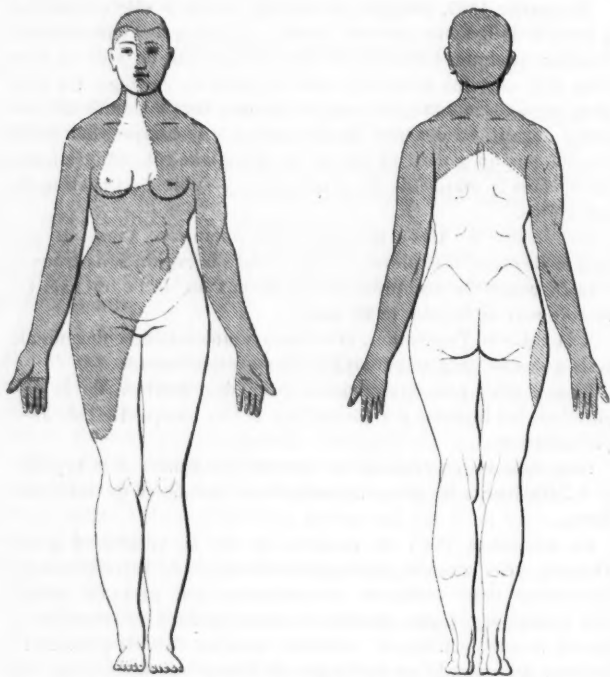


Fig. 1. — Anesthésie à la piqûre.

Le reflux des liquides par le nez se reproduit toujours lorsque la malade boit trop vite. Il est dû à une parésie du voile du palais dont le bord postérieur ne peut s'accoler à la paroi du pharynx. Pendant l'émission du son A, la contraction du voile est plus marquée à gauche, de sorte que la voûte formée par le

voile est plus élevée de ce côté et que la luette est portée dans son entier à gauche de la ligne médiane.

Il n'y a pas de rhinolalie.

En même temps que ces troubles de la motilité du larynx et du voile du palais, il existe d'autres troubles nerveux portant sur la sensibilité générale et les réflexes tendineux.

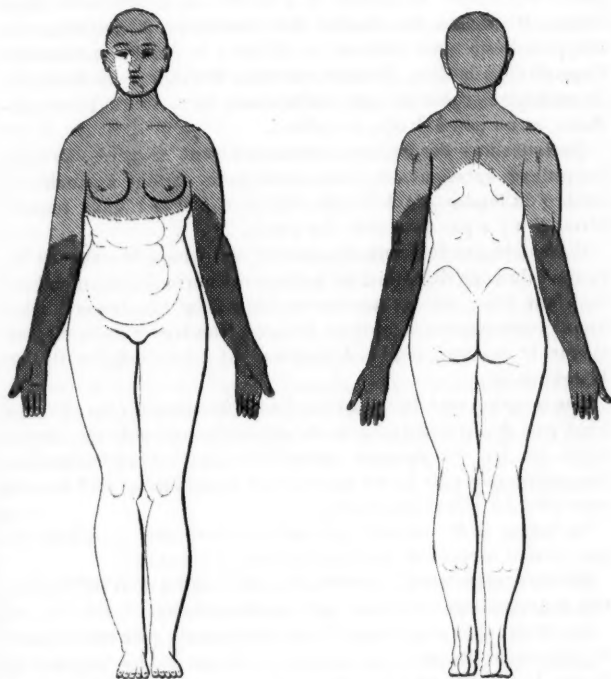


Fig. 2. — Anesthésie et hypoaesthésie au froid et au chaud.

La sensibilité du tact est parfaitement conservée sur tous les points. Au contraire, la sensibilité à la douleur, au chaud et au froid est profondément altérée en certains points, particulièrement aux mains. On trouve de l'anesthésie à la piqure aux deux membres supérieurs, à la tête et au thorax, moins le côté

droit de la face et de la région pectorale, enfin à la partie antérieure droite de l'abdomen et à la partie antéro-externe de la cuisse droite. — L'anesthésie au froid et au chaud étant recherchée au moyen de deux tubes remplis l'un de glace et de sel, l'autre d'eau très chaude, la malade ne trouve aucune différence entre les deux tubes aux deux mains et aux deux avant-bras. Elle ne trouve qu'une légère différence aux bras, à la partie supérieure du thorax et à la tête en exceptant la joue droite. D'ailleurs, les limites des territoires d'anesthésie ou d'hypoesthésie sont diffuses et difficiles à établir nettement. Cependant, à la face, il existe entre les territoires de bonne et de mauvaise sensibilité une limite assez nette sur la ligne médiane ou un peu à droite de celle-ci.

Quelques-uns des réflexes tendineux sont exagérés. Ce sont les réflexes rotuliens des deux côtés, mais surtout à gauche, le réflexe du tendon d'Achille du côté gauche et le réflexe masséterin. Il n'y a pas de clonus des pieds.

Il n'existe pas de troubles moteurs en dehors de ceux du larynx et du voile du palais. La marche est normale. Les membres résistent bien aux mouvements imprimés. Le dynamomètre donne, comme chez la plupart des gens, une légère différence en faveur de la main droite. L'écriture est très régulière. Pas de tremblement.

Les mouvements de la face se font normalement. Du côté des yeux pas de myastagmus, pas de paralysies musculaires, seulement un peu d'asthénopie musculaire due à l'hypermétropie. Les mouvements de la mâchoire et de la langue se font bien et sans plus de fatigue qu'autrefois.

La langue tirée présente quelques mouvements vermiculaires qui cessent lorsqu'elle est rentrée dans la bouche.

Pas de paralysie des réservoirs vésical et rectal dont les sphincters fonctionnent aussi bien qu'avant la maladie.

Pas d'atrophie musculaire. Celle-ci ayant été recherchée particulièrement du côté des éminences thénar et des trapèzes. A droite, la région sus-claviculaire est plus déprimée, mais il ne semble pas que la dépression soit due à de l'atrophie musculaire.

Pas de troubles trophiques cutanés.

Il existe une légère scoliose. Les apophyses épineuses dorsales forment une courbe à convexité tournée à gauche. Les angles postérieurs des côtes droites forment une saillie en arrière.

Les biceps et les muscles des avant-bras réagissent aussi bien

aux courants faradiques que ceux d'une personne saine prise comme terme de comparaison, mais un examen électrique complet n'a pas été fait.

Le pneumogastrique ne semble pas intéressé. Le pouls est un peu fréquent (96), mais il n'y a pas de palpitations cardiaques. Pas d'angoisse cardiaque. Pas de congestion pulmonaire.

Les sens spéciaux, vue, ouïe, odorat, goût, sont normaux et égaux des deux côtés.

Les réactions pupillaires se font bien à la lumière et à l'accommodation.

Le caractère n'a pas changé d'une façon appréciable. La malade est seulement un peu moins gaie, mais sans hypochondrie ni neurasthénie.

Elle ne présente pas de stigmates hystériques. Pas de zones hystérogènes. Pas de rétrécissement des champs visuels. Conservation de la sensibilité et des réflexes des cornées et du pharynx.

L'état général est bon. Il y a cependant une tendance à l'obésité. L'auscultation ne révèle rien de net. Pas de toux habituelle. Pas d'hémoptysies ni de sueurs nocturnes. Rien à noter du côté des autres viscères (cœur, rein, foie, tube digestif, mésentration). Pas de nodosités sur les nerfs cubitaux.

27 février 1898. — L'état de la malade est presque exactement le même qu'au mois de novembre dernier. Elle est seulement devenue un peu nerveuse. Elle a été atteinte, il y a huit jours, par la grippe avec laryngo-trachéite. Il en est résulté pour elle plusieurs accès de dyspnée nocturne et un peu d'amaigrissement.

En résumé, il s'agit d'une femme de 22 ans, ayant un bon état général et qui est atteinte depuis quatre ou cinq ans de troubles nerveux ayant débuté par une diminution de la sensibilité à la douleur et à la température au niveau des mains. Il y a un an elle a subi l'ablation d'un goitre. Actuellement le symptôme prédominant de son état est une paralysie des dilateurs de la glotte entraînant une gêne respiratoire grave. Il existe en outre une paralysie incomplète du voile du palais. Pas d'autres troubles moteurs. Les réflexes rotuliens et masséterin sont exagérés. Aux membres supérieurs, à la tête et sur une partie du tronc, il existe des troubles marqués de la sen-

sibilité : anesthésie à la douleur, au froid et au chaud avec conservation de la sensibilité au toucher. La malade présente en outre une scoliose légère. Elle n'a ni atrophie musculaire, ni troubles trophiques, ni troubles du côté des réservoirs.

Plusieurs points de l'histoire de cette malade nous semblent intéressants à discuter. Les troubles nerveux qu'elle présente peuvent-ils être tous rattachés à une cause unique ? La paralysie laryngée ne pourrait-elle pas être due à une compression des récurrents par une adénopathie ou par un fragment de goître, ou encore à une lésion de ces nerfs pendant l'opération qu'a subie la malade ? Les troubles de la sensibilité ne pourraient-ils pas être attribués à l'hystérie ? Enfin si nous admettons comme affection principale ou unique une lésion médullaire, quelle est la nature de celle-ci ?

L'absence de lésions pulmonaires caractérisées nous paraît suffisante dans ce cas pour éloigner l'idée d'une compression des récurrents par une adénopathie. D'autre part, il ne nous semble pas que l'on puisse penser à une compression de ces mêmes nerfs par un goître aberrant puisque l'extirpation du goître a été suivie d'une exploration minutieuse de toute la région. Enfin la persistance de la suffocation toujours à peu près égale exclut l'idée d'une lésion de ces nerfs pendant l'opération. — Au contraire, la coexistence des autres symptômes nerveux et en particulier de la paralysie du voile nous oblige à en rechercher l'origine dans une lésion bulbaire.

Quant aux troubles de la sensibilité, on ne peut que les attribuer à une lésion organique car, outre l'absence de stigmates hystériques, les caractères même de l'anesthésie éloignent l'idée d'hystérie. La malade avait remarqué elle-même depuis longtemps qu'elle ne sentait plus comme autrefois et notamment elle s'était brûlée plusieurs fois sans s'en apercevoir. Il ne semble pas que l'hystérie puisse être invoquée ici, même comme association à une lésion organique.

Les caractères de l'affection plus encore que l'absence d'intoxication font éloigner également l'idée de névrite périphérique.

On peut donc rattacher les troubles moteurs du larynx et du voile du palais, l'anesthésie partielle et l'exagération des

réflexes rotuliens à une lésion unique du bulbe et de la moelle. Les maladies paraissant les plus propres à produire les symptômes observés sont la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, la pachyméningite cervicale hypertrophique, la syringomyélie.

Dans la sclérose en plaques, on a généralement du nystagmus, du tremblement dans les mouvements volontaires, une parole scandée. De plus, les troubles de la sensibilité y sont rares ou peu marqués. — Dans la sclérose latérale amyotrophique on n'a pas non plus de troubles de la sensibilité. — Dans la pachyméningite cervicale hypertrophique, le début se fait généralement par des douleurs vives, puis les mains prennent une attitude spéciale en même temps qu'il se produit une parésie et une atrophie des membres supérieurs. Aucune de ces affections ne paraît donc pouvoir être la cause des symptômes que présente la malade.

Au contraire, le diagnostic de syringomyélie semble être de beaucoup le plus probable, car la syringomyélie est la cause presque exclusive de la dissociation de la sensibilité qu'on observe ici et tous les autres symptômes (troubles moteurs, exagération des réflexes, scoliose) peuvent y être rapportés ainsi que le début dans la jeunesse et la lenteur de l'évolution. Dans ce cas, la lésion a vraisemblablement débuté par le renflement médullaire cervical, puisque les troubles de la sensibilité des mains se sont montrés longtemps avant les symptômes bulbaires. Actuellement, les symptômes bulbaires ont pris le dessus et le cas est remarquable par leur exagération et leur gravité.

TUMEUR MALIGNE DU NASO-PHARYNX CHEZ UNE PETITE FILLE DE TROIS ANS ET DEMI

Par **J. BRAULT**, professeur à l'école d'Alger.

Les tumeurs malignes du naso-pharynx sont relativement assez rares, surtout dans la première enfance ⁽¹⁾, nous nous croyons donc autorisés à publier l'observation suivante que nous avons pu recueillir l'an dernier dans notre service d'enfants, à l'hôpital de Mustapha.

OBSERVATION. — S... Louise, âgée de 3 ans et demi, est une petite fille blonde, ayant joui d'une très bonne santé jusqu'en ces derniers temps ; il n'y a pas d'antécédents héréditaires précis.

Il y a un peu plus de trois mois, la mère s'aperçut que l'enfant respirait mal ; quelques semaines plus tard, elle la faisait voir à un médecin qui pratiquait une opération dans la gorge ? il m'a été impossible d'avoir des renseignements précis sur cette intervention.

Actuellement la petite fille présente, ainsi que l'on peut s'en rendre compte sur la photographie ci-jointe, une déformation extrême de la face, il existe une exophtalmie considérable à droite, le canal lacrymal est envahi, la joue du même côté est gonflée et s'arrondit en pomme ⁽²⁾ ; à gauche, l'œil est larmoyant ; le nez est considérablement aplati, élargi et comme écrasé ; c'est bien le « frog face », la face de grenouille. A distance, s'il ne s'agissait pas d'une petite fille, l'on pourrait se

⁽¹⁾ Au même moment dans le service, nous avons un autre cas également exceptionnel, nous avons enlevé un gros polype muqueux de la fosse nasale droite à un enfant de 7 ans.

⁽²⁾ La fosse zygomatique paraît envahie.

croire en présence d'un polype naso-pharyngien ayant envahi les cavités de la face.

La parole est indistincte, il y a du nasonnement très marqué, la déglutition est gênée, enfin il existe une dyspnée intense, principalement durant le sommeil. C'est ce dernier symptôme qui a effrayé la mère et l'a conduite à chercher du secours à l'hôpital.

La rhinoscopie postérieure est inutile, le voile du palais est très refoulé en avant et bombée d'une façon extrême, il vient pour ainsi dire au contact de la portion verticale de la langue. La tumeur rosée, irrégulière, déborde dans le pharynx et le toucher digital permet d'apprécier les différents détails désirables. Le néoplasme volumineux et irrégulier, de consistance



Photographie de la jeune S... à son entrée dans le service.

un peu plus ferme que les adénoïdes, remplit tout le cavum et se dirige vers les fosses nasales ⁽¹⁾, il semble s'implanter surtout sur la partie haute de la paroi postérieure.

La rhinoscopie antérieure comme la postérieure est superflue, il suffit, en effet, d'épater légèrement le nez pour apercevoir dans les deux narines les prolongements antérieurs de la néoplasie.

Je dois ajouter, que je n'ai pu me rendre compte de l'anesthésie du pharynx signalée dans certains cas. Il n'y a pas de ganglions cervicaux et le toucher pharyngien ne m'a pas permis de rencontrer d'adénite rétro-pharyngienne appréciable. Il n'y a pas de troubles cérébraux manifestes.

D'après les renseignements fournis par la mère, à aucun mo-

(1) D'après les déformations constatées l'orbite droite est envahi.

ment il n'y a eu d'hémorrhagie véritable, notre examen n'en provoque pas non plus ; l'enfant, toutefois, est très fatiguée, elle ne s'alimente pas, enfin la dyspnée surtout est impérieuse.

En fait de diagnose différentielle, il n'y a guère de doute ; en raison de l'âge, du sexes ; l'on ne peut s'arrêter à l'idée d'un polype naso-pharyngien, d'ailleurs presque tous les signes sus-énoncés jurent avec cette hypothèse tout-à-fait improbable. — Les végétations adénoïdes ne se développent pas avec cette rapidité, elles n'envahissent pas d'habitude les cavités de la face, il en est même de toutes les autres tumeurs bénignes de l'arrière-cavité des fosses nasales. Le diagnostic très probable est donc celui de *sarcome* ayant pris naissance au niveau de l'amygdale pharyngienne, c'est à cette idée que je m'arrête après l'examen pratiqué devant les élèves.

A mon avis, il n'y a rien à faire, en raison de la diffusion extrême de ce processus malin qui enlève toute chance d'éradication complète, même au prix d'une affreuse mutilation. Mais j'avais compté sans la mère qui me supplie de soulager au moins son enfant qui ne peut plus rien avaler et qui asphyxie. C'est alors que je me décide à tenter quelque chose qui pourra au moins compter comme un palliatif.

Opération le 2 mai 1897. — L'enfant est placée dans la position de Rose, la langue est saisie et c'est avec beaucoup de précautions que nous administrons le chloroforme. A peine ai-je introduit mon doigt pour guider les ciseaux (car j'ai l'intention de me servir du procédé rapide de Doyen au moins pour la partie principale de la tumeur), que l'asphyxie se produit, l'enfant est en état de mort apparente ; pendant que mes aides font la respiration artificielle, je pratique la trachéotomie rapide en un temps. La respiration se rétablit au bout de quelques minutes et je puis continuer. Je fends le voile du palais et j'arrive sur la tumeur diffuse qui adhère non seulement à la paroi postérieure, mais encore au vomer et au pourtour des choanes. J'en coupe la plus grande partie aux ciseaux, puis, je nettoie, je curette, tout ce qui se trouve dans le cavum et dans les fosses nasales. Bosworth, dans un cas moins grave, a obtenu une guérison en y revenant à plusieurs reprises ; dans une observation analogue, mais sur un sujet adulte, Mulfarth a fait comme nous une opération palliative ; ici, c'est tout ce que l'on pouvait demander : rétablir pour quelque temps la respiration et permettre la déglutition. — Les procédés lents : la ligature des carotides (Bryant, Lederman, Jarvis, etc.), ou les injections in-

terstitielles d'alcool n'étaient pas de mise ici, il fallait agir au plus tôt.

Les suites de notre opération furent très simples, au bout de huit jours, j'enlevai la canule sans inconvénients. La petite fille, sensiblement améliorée, avale et respire facilement ; la mère satisfaite l'emmène peu après ; je quitte moi-même le service à ce moment ; je n'ai pas pu suivre l'observation au-delà de ces quelques jours.



Photographie d'une coupe de la tumeur.

Examen histologique. — La coupe de la tumeur dont nous donnons ici la photographie montre qu'il s'agit d'une sorte de tumeur mixte, par places l'on croirait se trouver en face d'un fibro-myxome, par d'autres points, et ce sont les plus nombreux, l'on ne rencontre plus que du sarcome globulo-cellulaire avec quelques travées fibreuses : (*Voir photographie*).

Qu'il nous soit permis, en terminant, d'insister sur les points les plus intéressants de notre relation :

1° Le jeune âge de notre sujet 3 ans et demi, ce fait est à rapprocher d'une observation analogue de Scheinmann qui vit un sarcome chez une fillette de 4 ans. C'est le seul exemple mentionné dans la première enfance, si l'on s'en rapporte à la thèse récente de Monbouyran.

2° La déformation très marquée du visage (frog face) qui est un signe très rare dans les tumeurs malignes et se rencontre de préférence dans les polypes naso-pharyngiens.

3° La présence de parties fibro-myxomateuses côte à côte avec le sarcome. C'est à se demander s'il ne s'agissait pas là de la transformation d'une tumeur primitivement bénigne (fibro-myxome), l'on a signalé une transformation semblable pour les tumeurs adénoïdes (Roncalli, Castex) ainsi que cela est indiqué dans la thèse de Monbouyran (1).

(1) *Thèse de Monbouyran*, Paris, 1895.

V

MACROGLOSSIE — LYMPHANGIECTASIES
DU PLANCHER DE LA BOUCHE ET DES RÉGIONS
CERVICO-FACIALES,
AMPUTATION CONOÏDE DE LA LANGUE
FONCTIONS DES LYMPHANGIOMES
PRÉSENCE DU PNEUMOCOQUE, GUÉRISON
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Par **J. BRAULT**, professeur à l'école d'Alger.

J'ai rapporté ici même ⁽¹⁾, l'an dernier, l'observation d'un jeune enfant de 17 mois à qui j'avais dû faire l'amputation conoïde de la langue pour une macroglossie ; j'avais du ensuite ponctionner des lymphangiomes multiples des deux régions sus-hyoïdiennes et de la face (côté gauche). Je tiens aujourd'hui à donner les résultats éloignés de ces diverses interventions.

Treize mois ont passé depuis ; craignant, comme je le disais à la fin de ma précédente relation, un retour offensif de l'affection, j'ai suivi de très près l'enfant, la guérison je puis le dire, s'est absolument maintenue et les résultats ont été toujours en s'améliorant au-delà de toutes mes espérances.

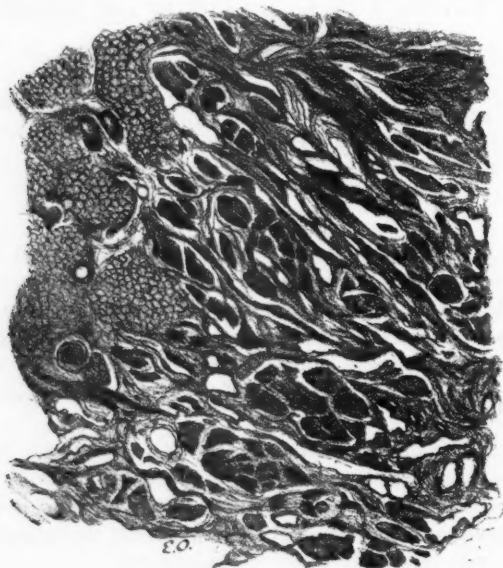
Alors qu'avant mon intervention, chaque éruption dentaire était suivie d'une recrudescence du processus, la première dentition a pu dès lors s'achever sans la moindre velléité de récidence, sans le moindre préjudice pour l'enfant.

Pendant un certain temps, le petit malade a conservé son teint plombé, mais à la longue et sous l'influence des toni-

⁽¹⁾ *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. — XXIII, 27, 1897.

ques, l'arsenic en particulier, il a repris son teint clair, ses forces et son embonpoint.

Actuellement, l'état général est excellent, l'enfant est redevenu très vigoureux et c'est à peine si l'on sent un peu d'empatement et quelques cordons durs à gauche, au-dessous de l'oreille et dans le creux parotidien. Mais la chose est si légère, qu'elle ne défigure en rien le petit G.... La langue un peu asymétrique, présente un sillon médian très accentué et un hé-



misphère gauche légèrement prédominant ; elle est un peu arrondie de la pointe, mais n'est guère plus courte qu'à l'état normal. Cette disposition ne paraît d'ailleurs nullement gênante : l'alimentation se fait très bien et la prononciation est même remarquablement distincte pour un enfant de cet âge.

Je donne ici en terminant la photographie de la coupe de la langue avec ses larges lacunes lymphatiques.

LA GALVANOCAUSTIE ET LES SYNÉCHIES NASALES

Par le D^r MONSCOURT

On sait que chez un grand nombre de malades, quelques affections de la gorge, de l'oreille et même du larynx peuvent être rattachées à certaines rhinites chroniques, le plus généralement sous la forme hyperplasique. Quelques cautérisations de la muqueuse nasale avec le galvanocautère, voilà une assez bonne méthode de traitement, par laquelle on arrive en effet à détruire les couches superficielles de la muqueuse et à déterminer la rétraction des tissus sous-jacents. Encore faut-il discerner les cas qui réclament l'emploi de ces cautérisations de ceux pour lesquels d'autres méthodes de traitement seraient plus avantageuses.

Malheureusement, il se produit chez quelques praticiens certain réflexe par suite duquel, sitôt qu'ils ont constaté la soi-disant hypertrophie de la muqueuse nasale, ils portent immédiatement la main à leur galvanocautère et cautérisent la muqueuse de leur malade.

S'ils ne faisaient qu'une, deux, trois cautérisations, tout au plus, le malade serait souvent soulagé, guéri même ; mais d'ordinaire il n'en est pas ainsi. C'est avec une véritable passion qu'ils se servent de leur galvanocautère. Plus ils font de cautérisations, plus ils veulent en faire, et, selon l'expression de l'un de nos malades, « farfouiller le nez avec leur fer rouge. »

Au bout de la sixième ou de la huitième fois, les cautérisations, loin de soulager les malades, augmentent leurs malaises à la quatorzième ou à la vingtième fois, elles sont causes d'une série de troubles, occasionnés par la maladie qu'elles créent de

toutes pièces. A ce moment le malade quitte son médecin pour en consulter un autre, moins barbare, qui, lui, fait la découverte de la nouvelle affection, dont le diagnostic n'a, hélas, rien de douteux : la *synéchie nasale*.

*
* *

Jusqu'à présent nous n'avons vu de synéchies consécutives à la galvanocaustie que dans une fosse nasale seulement ; jamais dans les deux à la fois.

Elles s'étendent, généralement, entre le cornet moyen et la cloison qu'elles réunissent, comme un pont unit les deux rives d'une rivière ; d'autres fois, c'est le cornet inférieur qui est soudé à la cloison ; nous n'avons jamais observé pareil fait au cornet supérieur.

La synéchie peut réunir à la cloison l'extrémité antérieure seulement du cornet, ou l'extrémité postérieure, cas dans lequel la synéchie est parfaitement visible à la rhinoscopie postérieure et quelquefois perceptible au toucher ; mais, il est encore assez fréquent de voir le cornet soudé, dans presque toute sa totalité, à la cloison nasale. La synéchie siège, en un mot, là où les cautérisations ont été faites : à l'une des extrémités du cornet, si l'hypertrophie de la muqueuse y était localisée, sur toute l'étendue du cornet, si les cautérisations ont été faites le long du bord du cornet.

Elle est d'une coloration rouge, quelquefois rosée, et paraît d'une consistance assez ferme, plus ou moins compacte, et, dans certains cas, élastique, surtout quand elle affecte l'aspect d'une bride.

La forme et le volume de la synéchie sont essentiellement variables. Tantôt elle ressemble à une bride fibreuse, plus ou moins élastique, d'un diamètre de 3 à 5 millimètres, qu'on peut faire vibrer avec le stylet, comme on ferait d'une corde de violon. Tantôt c'est une masse plus ou moins volumineuse selon l'étendue de son implantation sur le cornet et la cloison.

Nous l'avons vue combler le méat supérieur, le méat moyen et une partie de l'inférieur, ne formant plus qu'une masse informe obstruant toute la fosse nasale dans laquelle il était

impossible de distinguer les cornets des méats. Dans ce cas, nous ne pouvions faire passer dans la fosse nasale, tout à fait en haut, qu'un petit stylet coudé à oreille ; mais c'est l'exception heureusement. La synéchie est moins volumineuse, et l'on peut, en général, introduire un stylet au-dessus et au-dessous d'elle, et se rendre compte de cette façon de son étendue, de sa consistance, et de l'état des autres parties de la fosse nasale.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire les dimensions de la synéchie ne sont pas en rapport avec le nombre des cautérisations. Ainsi, dans le cas auquel nous faisons allusion plus haut, elle formait une masse obstruant toute la fosse nasale ; or, il avait suffi, pour cela, de dix-huit séances de cautérisations. Par contre, elle peut n'avoir que $1/2$ à 1 centimètre en hauteur, et ne former qu'un pont allant de la cloison au bord du cornet moyen, après plus de trente séances.

Dans le premier cas, où il y a eu moins de cautérisations, mais où la synéchie était plus volumineuse, les signes de l'obstruction nasale se [sont révélés beaucoup plus rapidement que dans le deuxième, où il y a eu plus de cautérisations, mais où la synéchie était moins volumineuse. C'est certainement la tendance moindre de la synéchie à augmenter de volume qui a permis ici de faire tant de cautérisations.

L'insuffisance respiratoire n'a donc aucun rapport avec le nombre de cautérisations mais elle est en raison directe du volume de la synéchie : plus celle-ci est étendue et volumineuse, plus grande est l'insuffisance nasale.

C'est à dessein que dans ce qui précède et dans nos observations, nous parlons de séances de cautérisations. A l'une de nos malades, comme nous venons de le dire, il a été fait exactement dix-huit séances de cautérisations ; c'est le minimum observé par nous. A une autre, c'est la malade qui, à notre connaissance, en détient le record, il a été fait trente à trente-cinq séances de cautérisations.

Or, si l'on réfléchit que dans chaque séance on fait au moins deux ou trois cautérisations, il en résulte que l'une de nos deux malades a subi au moins de trente-six à cinquante-quatre cautérisations ou pointes de feu, et la seconde au moins soixante

à quatre-vingt-dix cautérisations, ce qui est un chiffre fort respectable. Ce sont les deux chiffres extrêmes que nous avons observés jusqu'ici.

*
**

Les signes par lesquels se révèle la *synéchie* varient avec les malades, car ils dépendent très souvent non pas tant de la *synéchie* elle-même, que de l'affection de voisinage déterminée par sa présence dans la cavité nasale.

Certains malades éprouvent du côté du nez une sensation d'obstruction, de plénitude, qui progresse de plus en plus sans s'atténuer jamais. Par suite, les sécrétions ne pouvant être expulsées séjournent dans la fosse nasale, amènent quelquefois une mauvaise odeur, et, par la rhinite qu'elles déterminent, augmentent encore l'insuffisance.

D'autres fois, c'est la pharyngite qui domine. Le malade, obligé de respirer par la bouche qu'il garde ouverte, jour et nuit, est sujet à des poussées d'angine. Le plus souvent, il ressent dans le pharynx une sensation de sécheresse, de brûlure et de picotement ; des mucosités se dessèchent qui tapissent les choanes et les parois du pharynx, et ajoutent par leur présence à la sténose nasale.

A l'inflammation du pharynx et, par suite, à la *synéchie* qui en est la cause, on peut rattacher les troubles auditifs si souvent observés en pareil cas : catarrhe et obstruction tubaires, inflammations de l'oreille moyenne avec leur cortège habituel, bourdonnements, sifflements d'oreille, surdité, etc.

Il est encore des individus chez qui la laryngite aiguë ou chronique est aussi d'origine nasale : car, par suite de la respiration buccale, l'air frais frappe trop directement les voies aériennes supérieures. La rauçité de la voix, due à la présence de mucosités sur les cordes vocales, et le nasonnement peuvent enfin être la conséquence de la *synéchie*.

Extérieurement le nez paraît dilaté, augmenté de volume ; la lèvre supérieure est grosse, quelquefois rouge et crevassée. La béance de la bouche, l'aspect typique du malade font qu'à première vue on dirait qu'on est en présence d'un sujet porteur de végétations adénoïdes.

La synéchie persiste naturellement tant qu'on ne la traite pas ; elle augmente de volume si on l'irrite par de nouvelles cautérisations ou par des manœuvres intempestives ; reste stationnaire si on ne la touche pas, mais ne tend jamais à se réduire et à disparaître seule. De son volume et du degré d'obstruction qu'elle amène dépend uniquement le malaise éprouvé par le malade : plus l'obstruction sera grande et l'insuffisance nasale rapide, plus tôt il sera gêné.

Elle n'offre pas de gravité par elle-même ; ce sont les accidents dûs à la sténose qu'elle détermine, gêne respiratoire, affections du pharynx, troubles auditifs, troubles vocaux, qui finissent par la rendre intolérable au malade et nécessitent une intervention.

*
* *

Nous avons dit, plus haut, que le malade atteint de synéchie présentait l'aspect des adénoïdiens. Cependant ni par la rhinoscopie postérieure, ni par le toucher, on ne trouve rien dans le cavum, les amygdales palatines sont normales ; il existe bien de la pharyngite telle que nous l'avons décrite en quelques mots, mais il n'y a aucune végétation adénoïde et rien de ce côté n'explique l'insuffisance nasale observée.

L'une des fosses nasales présente bien de l'hypertrophie de la muqueuse, quelquefois localisée à l'une des extrémités du cornet, mais l'espace réservé au passage de l'air, bien que rétréci, est encore suffisant pour la respiration nasale. Dans la seconde, au contraire, on découvre la cause de tous les accidents observés, la synéchie, dont les signes ne sont en somme que ceux de toute obstruction nasale.

Un simple coup d'œil permet de différencier la synéchie. Elle soude la cloison à la paroi externe de la cavité nasale. Au contraire, les déviations et les crêtes de la cloison laissent indépendants cornets et méats et livrent à l'air extérieur un canal plus ou moins large, plus ou moins sinueux, mais qui existe toutefois. Encore moins la confondrait-on avec les polypes muqueux si facilement reconnaissables.

Seules, certaines tumeurs, certaines membranes cicatri-

cielles amenant un rétrécissement de la fosse nasale pourraient à la rigueur en imposer, et passer pour une synéchie ; mais là encore, le doute n'est pas permis, si on a soin d'interroger le malade sur ses antécédents.

*
**

Quand les accidents qu'elle détermine présentent une certaine gravité, la synéchie doit être opérée. Il faut alors la sectionner à la scie et empêcher les deux surfaces avivées de se souder à nouveau ; l'un des moyens les plus simples consiste à séparer les surfaces avec une mèche de gaze iodoformée. Mais le mieux, à notre avis, est de ne pas être l'auteur, même involontaire, d'une synéchie. Qu'on en juge d'ailleurs par le résumé de l'observation des trois malades qui, avec quinze autres, nous ont servi à écrire ces lignes.

*
**

Notre première observation concerne une jeune fille de 16 ans. De février à juin 1896 on lui fait dix-huit séances de cautérisations avec le galvanocautère dans la narine droite. Loin de la soulager, ces cautérisations ne font qu'augmenter son mal, et, ce dont elle se plaint surtout, la respiration nasale devient de plus en plus gênée.

Elle se présente à nous, fin novembre 1896, avec l'aspect typique des sujets porteurs de végétations adénoïdes. La bouche est ouverte, la lèvre supérieure grosse, le nez paraît enflé, mais la peau garde sa coloration normale. Elle dort la bouche ouverte, et ronfle, ce qui ne s'était jamais produit avant les cautérisations.

La fosse nasale gauche est entièrement libre. Aucune déviation de la cloison, aucune crête ; la muqueuse est seulement turgescente et paraît épaissie sur toute son étendue, mais rien ne peut gêner le passage de l'air.

La fosse nasale droite montre de suite ce que peut faire la galvanocaustie quand elle est mal employée. Elle est entièrement bouchée par une masse informe, légèrement rosée, qui ne laisse de libre dans la fosse nasale qu'un petit orifice par

lequel nous pouvons faire passer seulement un petit stylet coudé servant d'ordinaire pour l'oreille.

Le toucher et la rhinoscopie postérieure nous permettent de constater qu'il n'y a, dans le cavum, aucune végétation adénoïde ; les amygdales palatines sont absolument normales ; le pharynx ne présente rien de particulier. Aucun trouble du côté des oreilles, ni du larynx.

Dès le lendemain de l'opération pratiquée au commencement de décembre, la malade se trouve déjà mieux.

Selon son expression, « elle sent l'air frais pénétrer dans sa gorge ». Actuellement elle parle sans nasonnement et les troubles dont elle se plaignait ont complètement disparu.

L'observation qui suit est celle d'une jeune fille de 22 ans, qui doit tenir, croyons-nous, le record des cautérisations. On lui a fait, affirme-t-elle, de trente à trente-cinq séances de cautérisations galvaniques. La synéchie nasale s'étend de la cloison au bord du cornet moyen seulement ; elle a 1 centimètre de hauteur environ. Le méat supérieur est à peu près libre, le cornet inférieur est normal ; mais depuis les cautérisations faites par trois médecins différents, la respiration nasale est devenue difficile. Obligée de garder la bouche entr'ouverte, la malade se plaint de sécheresse de la gorge, les mucosités se dessèchent sur tout le pharynx, l'odorat est émoussé ; la nuit, le sommeil est agité. Dyspnée, sueurs, cauchemars, ronflement inquiètent la famille de la malade.

Elle se plaint en outre de bourdonnements d'oreille, surtout prononcés du côté de la fosse nasale obstruée, parfois même de vertiges. L'audition est très diminuée, la malade entend la voix haute à 20 centimètres. Tous ces signes d'obstruction nasale sont survenus à la suite des cautérisations.

Opérée le 7 mai 1897 ; le lendemain, elle entend déjà un peu mieux ; elle sent l'air passer par la fosse nasale devenue libre. Le 14, les surfaces avivées de la synéchie sont cicatrisées. Le cathétérisme de la trompe du côté de la fosse nasale normale a fait disparaître de ce côté les bruits auriculaires.

De même, le cathétérisme de la trompe que l'opération a rendu possible du côté malade a supprimé aussi les bruits auriculaires, de ce côté, vers le 18.

Puis l'action de se moucher étant devenue facile, il n'y a plus de mucosités dans le pharynx. La respiration nasale devient libre ; la maladie se trouve, en un mot, dans un état très satisfaisant. Il reste encore un peu de dureté de l'ouïe, tousjours du côté correspondant à l'obstruction nasale. Actuellement, la malade entend la voix haute à environ 1 mètre.

Signalons, encore, en passant, un jeune homme de 25 ans environ, atteint de rhinite hyperplasique, qui fait de longues promenades à bicyclette, la bouche fermée et ne ressent rien du côté du pharynx.

Depuis qu'on a cautérisé sa muqueuse nasale avec le galvanocautère, il ne peut plus garder la bouche fermée. Dès lors, s'il fait de la bicyclette, il avale, malgré lui, la poussière, sa gorge se sèche, et lui amène des picotements. D'autres fois, « il sent venir son angine » et en effet une angine aiguë se déclare qui le tient au lit une huitaine de jours. Ce bicycliste a une synéchie nasale.

∴

Loin de nous l'idée de repousser le galvanocautère dans le traitement des rhinites chroniques hyperplasiques. Les cautérisations sont bienfaisantes dans certains cas, elles soulagent de nombreux malades qui les réclament quelquefois d'eux-mêmes. L'emploi du galvanocautère constitue une méthode de traitement excellente, mais, avouons que généralement, là où six ou huit cautérisations tout au plus sont nécessaires, on ne craint pas d'en faire cinquante, soixante et davantage. Et parce qu'on ne résiste pas à la tentation de cautériser toujours et quand même, le galvanocautère devient quelquefois un véritable danger. Et cependant ce ne sont pas les moyens de traitement qui manquent : les irrigations et les insufflations de toutes espèces ; les poudres et les pommades figurent en assez grand nombre dans l'arsenal thérapeutique du spécialiste.

En résumé, c'est l'*abus des cautérisations*, c'est la fréquence des *synéchies nasales* qui en résultent trop souvent que nous avons voulu signaler et combattre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 30 novembre 1897 ⁽¹⁾.

Président : Prof. URBANTSCHITSCH.

Secrétaire : D^r POLLAK.

1. URBANTSCHITSCH présente un malade montré en juin 1896 à la première réunion des otologistes pour une paralysie faciale totale développée à la suite d'une opération radicale pour une carie de l'oreille moyenne.

Pas de contraction de la face lors de l'opération, mais le jour même apparut une parésie faciale qui, en l'espace de quelques semaines, dégénéra en paralysie complète, qui dura plusieurs mois. Au printemps de 1897, la paralysie disparut, mais en août on observa une augmentation de la contraction faciale du côté paralysé auparavant. Ce cas est donc analogue à celui que l'auteur présenta il y a 18 mois à la Société otologique autrichienne. On remarquera chez la malade en question que l'audition s'est améliorée du côté droit opéré ; le 17 janvier 1896, la montre était perçue à droite contre le pavillon et la voix chuchotée à 30 centimètres ; le 12 février, la montre était entendue à 7 centimètres et le chuchotement à huit pas ; il y a encore progrès, la montre est perçue à 30 centimètres et la voix chuchotée toujours à huit pas.

2. URBANTSCHITSCH. — **Abcès auditif ouvert spontanément.** — La malade qui souffrait depuis 10 ans d'une otorrhée gauche, eut récemment de vifs maux de tête, surtout à gauche, puis du vertige, des nausées et des vomissements. Opération radicale le 3 novembre 1897 donnant le résultat suivant : carie de l'attique, la tête du marteau est extrêmement mince, détruite par la carie, un fragment de l'enclume manque ; sur le tegmen tympanique une partie de la dure-mère est dénudée par la carie, sinon rien

(1) D'après le *Monats. f. Ohrenh.*, décembre 1897.

d'anormal. Après le grattage du champ opératoire tout entier on a recours au tamponnement. Sauf la céphalalgie, la malade se trouve parfaitement bien et quitte l'hôpital le septième jour. Lors du premier changement de pansement, rien de particulier à part l'augmentation de la céphalée. Le 12 novembre on renouvelle le tampon et il sort brusquement de l'orifice opératoire environ un quart de litre de pus répandant une odeur infecte et qui fait songer à un abcès cérébral. Après, la malade se sent mieux.

Examen soigneux le lendemain. A l'endroit où la dure-mère se détachait du tegmen tympan, on rencontre avec la sonde une déchirure laissant sourdre du pus à travers laquelle U. put pénétrer dans la masse cérébrale à une profondeur de plusieurs centimètres. L'écoulement fut encore assez abondant pendant quelques jours, puis il cessa totalement. L'état général de la malade s'est amélioré, le mal de tête a disparu et elle se trouve parfaitement bien.

Il est hors de doute qu'on a eu affaire à un abcès cérébral s'étant ouvert spontanément.

Discussion.

POLLAK a décrit il y a 4 ans un cas semblable. On pratiqua chez un enfant de 13 ans, l'opération radicale pour une carie mastoïdienne, on fit l'évidement pour dégager le tegmen mastoïdien. Au bout de 24 heures, symptômes de compression cérébrale et somnolence, on diagnostiqua un abcès cérébral et l'opération eut lieu le lendemain. Quand on changea le pansement, on trouva toute la cavité mastoïdienne et les cellules remplies de pus, il s'en écoula environ le cinquième d'un litre. On introduisit un drain à 3 centimètres de profondeur pour laver la cavité abcédée. Les accidents cessèrent et le malade se remit. Haug et Kørner pensent qu'il s'agissait plutôt d'un abcès sous-dural que cérébral. Mais quand j'ai introduit la sonde, j'ai rencontré dans la sécrétion des masses cérébrales.

3. PANZER présente un enfant de 7 ans reçu à l'hôpital infantile de Sainte-Anne pour une carie de l'articulation tibio-tarsienne, accompagnée depuis 5 ans d'une otorrhée gauche. A l'examen, après avoir fait sortir une masse de pus du conduit auditif, on vit un gros polype obstruant tout le conduit. Par le lavage de ce dernier, la plus grande partie du liquide s'écoula à

travers une fistule située sous l'œil. P. opéra de la manière suivante : il dégagea l'apophyse mastoïde envahie par des granulations et revêtue d'une membrane indurée. Au fond se trouve un séquestre détaché provenant de la paroi supérieure du conduit auditif et de la portion voisine de l'écaille du temporal. Le séquestre avait 8 centimètres et demi de large, 2 centimètres de haut et 2 centimètres et demi d'épaisseur. Après l'extraction, on enleva les masses granuleuses et on nivela avec la curette les parois de la cavité composées d'os cariés. Pour éviter toute relation entre la fistule sous-oculaire et le foyer carié, P. prolongea la première incision pratiquée derrière le pavillon de l'oreille et la prolongea en forme de cercle jusqu'au bord orbitaire inférieur, il sépara les parties molles et pénétra à travers un tissu épaissi dans un conduit fistuleux dont l'orifice avait la dimension de l'index et était revêtu d'un tissu fibreux et bourré de granulations. A l'extrémité antérieure du conduit fistuleux ou celui-ci est fixé à l'arcade zygomatique, se trouvait une carie osseuse circonscrite. Celle-ci fut râclée avec la curette ainsi que le conduit fistuleux, tamponnement à la gaze iodoformée et réunion avec de l'ouate des bords de la plaie. Réunion par première intention sans fièvre, on continue à tamponner la cavité avec de la gaze iodoformée.

PANZER rapporte ensuite plusieurs opérations :

1^o Homme de 64 ans qui, à la suite de l'opération radicale pour une carie aiguë, eut un abcès congestif dans la partie latérale du cou, pénétrant à 12 centimètres de profondeur. Au bout de trois semaines de suppuration apparut une feuille de fascia (fascienblatt) large de 6 centimètres et longue de 10 centimètres puis l'abcès se referma spontanément en l'espace de deux jours.

2^o Six semaines après l'opération radicale pratiquée pour une carie aiguë chez un homme de 32 ans, on remarqua à 10 centimètres de l'ancienne plaie une périostite des os crâniens qui fut incisée. Par une nouvelle intervention, on dégagea le foyer malade et l'on découvrit que les os étaient plus attaqués à l'intérieur qu'à l'extérieur, on avait donc affaire à un abcès sous-dural avec destruction des parties osseuses voisines. On ne découvrit aucune communication entre le nouveau foyer et la plaie mastoïdienne. Le malade succomba huit jours après la seconde intervention. A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée et une thrombose du sinus caverneux avec le sinus transverse dégagé.

3^o Fillette de 12 ans atteinte d'un abcès congestif de la région occipitale à la suite d'une opération radicale. Panzer ouvrit lar-

gement l'abcès et l'on vit que le pus avait séparé les os et détruit l'occiput sur l'étendue d'une pièce de un kreuzer. Dure-mère normale. Guérison.

Discussion.

GRUBER a vu un cas typique chez un médecin atteint d'otite moyenne suppurée. Au cours de la suppuration mastoïdienne il se forma un abcès derrière et au-dessus du pavillon. Le tympan était perforé et chaque fois qu'on appuyait le doigt sur l'abcès rétro-auriculaire il s'écoulait une masse de pus à travers la trompe d'Eustache du même côté. Certainement, cet abcès était d'origine pharyngienne.

4. GRUBER. — *Carie rare du temporal.* — Affection fréquente quand elle est unilatérale, mais rare lorsqu'elle atteint les deux côtés. Malade de 18 ans, a eu la tête projetée contre une machine à 7 ans et fut affecté à la suite d'un écoulement d'oreille qui dura six mois ; depuis lors il est toujours mal portant. En août dernier, douleurs subites et suppuration passagère de l'oreille gauche. Il vient à la Clinique dans l'état suivant : A droite, retrécissement important du conduit auditif externe, l'ouverture externe a environ 1 millimètre et demi. A gauche, l'œil ne distingue pas d'orifice, le conduit auditif est fermé par une membrane, sur la paroi postérieure existe une petite fente à travers laquelle on pénètre à un demi-centimètre de profondeur, puis la communication cesse. Derrière l'oreille se trouve dans l'apophyse mastoïde un conduit fistuleux, conduisant dans l'oreille moyenne à 2 centimètres de profondeur. Le point intéressant est, qu'à la suite d'une otite moyenne suppurée ancienne, il se développe souvent une hyperplasie du conduit auditif externe, comme cela arrive dans la tuberculose et la scrofule. L'occlusion totale est rare chez l'adulte, plus fréquente chez l'enfant. Si l'adhérence des parties molles a duré longtemps, il survient au centre des masses osseuses qui oblitèrent complètement le conduit auditif, car alors il s'agit non d'une soudure des parties molles, mais d'une néoformation osseuse. Le conduit fistuleux subsista ainsi que l'otite moyenne aiguë suppurée ; on se demande ce qui obstruait le fond du conduit auditif externe. Il peut se faire qu'une hyperostose se soit développée derrière les parties molles. Je crois qu'il y a eu un séquestre qui s'est décapsulé. Certains séquestres surviennent au cours de

suppurations mastoïdiennes et pénétrèrent dans les parties molles du conduit auditif externe qu'elles obstruent en projetant en avant les parties molles. Ce n'est qu'une hypothèse, car on ne voit pas le séquestre, on sent seulement une masse osseuse. Il est singulier que l'ouïe du malade soit restée presque normale ; à droite où l'occlusion est incomplète, il entend la montre à 1 mètre et demi et de l'autre côté de l'oreille. Latéralisation plus marquée à gauche. Malgré l'obstruction et la maladie aucune trace de troubles subjectifs.

Sans nul doute il faudra intervenir et trépaner l'apophyse mastoïde et surtout maintenir l'ouverture du conduit auditif. Au moment du traumatisme il s'était produit une paralysie faciale, mais actuellement il n'existe plus qu'une légère parésie.

Discussion.

POLLAK qui a envoyé le malade à la Clinique dit que lorsqu'il le vit pour la première fois, la fistule existait déjà et le liquide irrigué dans le conduit auditif externe s'écoulait au travers.

5. POLLAK. — **Formation de perles à la suite de l'opération radicale.** — On intervint, le 29 avril, sur une fillette de 14 ans, par la méthode de Stacke pour une carie et un cholestéatome, le 10 juin, l'ouverture derrière l'oreille était fermée, le 24 juin, la cavité s'épidermisait et depuis l'oreille demeura sèche.

L'état actuel présente deux particularités. Au moment de l'opération radicale, le tympan était intact, on voyait seulement à sa partie supérieure une fistule à travers laquelle surgissaient toujours des masses polypeuses. Maintenant toute la moitié inférieure de la membrane subsiste toujours, en haut, où l'on a excisé un fragment du tympan en même temps qu'on enlevait le marteau et l'enclume, on voit dans la lacune la trompe de Fallope et la fenêtre ovale, l'étrier semble avoir été retiré au cours du grattage, car la fenêtre ovale est vide. La partie supérieure de la caisse est séparée de la cavité mastoïdienne par une nouvelle membrane, on voit entièrement l'oreille moyenne.

Sur la paroi interne de la caisse, ainsi que sur le tegmen mastoïdien, on remarque deux boules blanches brillant comme des perles et grosses comme des grains de chanvre, atteignant presque le niveau du revêtement épithélial, recouvrant les cavités dénudées et qui sont des perles épithéliales décrites par Urbantschitsch et Politzer comme siégeant sur le tympan et que

l'auteur a souvent vu survenir à la suite d'interventions chirurgicales dans l'oreille moyenne sur le tympan. Il considère ces petites tumeurs comme des cholestéatomes sans crainte qu'ils présagent la récidence. Ces perles ont le plus souvent un caractère bénin et dépassent rarement la dimension d'un grain de chanvre ; d'ordinaire, elles ne récidivent pas après leur ablation. Malgré l'absence d'étrier la malade a une excellente ouïe.

Discussion.

URBANTSCHITSCH a observé, il y a quelques jours, des perles de ce genre au fond de la caisse d'une malade et les a extraites. Cette femme avait subi avec succès l'opération radicale un an auparavant. U. a remarqué ensuite, comme il l'a dit, à la base de la caisse, ces tumeurs formées d'épithélium et de cristaux de cholestéarine.

PANZER a rencontré récemment à sa clinique un cas identique concernant un enfant atteint de perforation tympanique totale. La tumeur, grosse comme un grain de chanvre, pendait dans la caisse et ne put être enlevée avec la pince, elle était composée de couches épithéliales et de cristaux de cholestéarine.

6. PANZER. — Quatre observations de **suppurations irrégulières**.

7. ALT présente un malade de la Clinique de Schrötter, âgé de 33 ans, qui, trois ans auparavant après s'être mis au lit très bien portant, se réveille avec une **hémiplégie du côté droit**. Il avait perdu la parole, était complètement sourd à droite et accusait du vertige et des bourdonnements dans l'oreille droite. La vue était bonne mais la mémoire faisait complètement défaut. La parole est revenue. Six ans avant le malade avait eu des accidents syphilitiques.

Etat actuel : Parésie faciale droite, œil normal, le malade reconnaît certains objets qu'on lui présente, mais il a oublié son nom. Il répète tous les mots qu'on prononce devant lui. Il savait lire et écrire, aujourd'hui il lui est impossible d'écrire, il distingue les différentes lettres d'un livre, il épèle, mais souvent ne reconnaît une lettre qu'en parcourant tout l'alphabet depuis le commencement. Il lui est impossible de composer un mot ayant déjà oublié les premières lettres avant d'avoir énoncé les dernières.

Parésie des extrémités droites supérieure et inférieure. Aucun trouble de la sensibilité.

Oreille : le conduit auditif des deux côtés est d'une largeur moyenne, sec, les deux tympans sont normaux comme couleur, brillant et forme. Audition normale à gauche. A droite, la montre n'est perçue ni contre le pavillon, ni contre l'apophyse mastoïde. La voix chuchotée n'est pas entendue à droite, et la voix haute seulement contre l'oreille. Le diapason C^2 à fortes vibrations appliqué sur le crâne est perçu sur les apophyses ainsi que sur divers points de la tête. Prisme positif à gauche avec conduction normale par les os de la tête. L'oreille droite n'entend pas le grand diapason C^2 (512 vibrations), la conduction des os de la tête est diminuée de 9 secondes à droite. A gauche les sons aigus et graves sont perçus, tandis qu'à droite on n'entend rien. Epreuve avec $C = 128$ vibrations $C^1 = 256$, $C^2 = 512$, $C^3 1024$, $C^4 2048$.

ALT fait remarquer que les théories du centre cortical auditif et de la voie auditive sous-corticale sont faiblement appuyées par les observations cliniques, bien que certaines expériences des neurologistes aient donné lieu à des hypothèses extravagantes.

WESTPHAL doute des résultats des expériences sur les animaux, car chez un de ses malades la moelle du lobe temporal gauche était détruite par une tumeur jusqu'à son extrémité externe, sans qu'il y eut surdité. L'organe auditif n'avait pas été examiné soigneusement. Peut-être existait-il une surdité hémilatérale, car lorsque le malade n'était pas somnolent, il répondait aux questions qu'on lui posait. Westphal croit qu'il y a pu avoir surdité unilatérale.

LUYS, d'après une expérience ou au cours d'une surdité totale consécutive à une otite purulente bilatérale, le cône avait entièrement disparu de même que l'inclinaison des lobes occipitaux, dirigés à droite, cherche à localiser la sphère auditive en cas de disparition totale des deux acoustiques.

STRUMPELL, d'après une autopsie, attribue la surdité à une lésion du lobe pariétal.

ALT cite encore des cas de surdité croisée et bilatérale dus à des lésions du lobe temporal, rapportés par Kussmaul-Kaufmann, Wernicke-Friedländer, etc.

Chez le malade en question, les cliniciens, en raison de l'hémiplégie droite et de l'aphasie, concluent à l'existence d'un foyer dans le voisinage de la capsule interne. Vu la surdité droite, on pourrait adopter cette idée en admettant que le trajet central de l'acoustique conduit au lobe temporal à travers la

capsule interne. Mais dans la surdité complète croisée, le foyer doit atteindre aussi le lobe temporal. Il ne doit pas y avoir de lésion corticale, le foyer du temporal étant très restreint puisqu'il n'existe nulle aphasie, ni optique, ni sensorielle, pas plus que des troubles du centre de la parole. La surdité droite est donc attribuable à une lésion sous-corticale du trajet auditif central.

Séance du 25 janvier 1898 (1).

Président : Prof. URBANTSCHITSCH

Secrétaire : Dr POLLAK

1. GRUBER. — **Anomalie rare de l'oreille externe.** — L'auteur présente un enfant de dix-huit mois, bien développé, fils unique de parents en bonne santé, jouissant en particulier d'une excellente ouïe et dont l'organe auditif est normalement conformed. Aucune maladie ni malformation auriculaire dans la famille.

Tandis que l'oreille droite de l'enfant est parfaitement normale, l'oreille gauche présente une anomalie externe : le pavillon est développé d'une façon très rudimentaire. Le tragus est considérablement amoindri et derrière se trouve une ouverture ronde de 2 millimètres de diamètre. En arrière, cet orifice est limité par un bourrelet cutané bas, qui se prolonge dans sa partie inférieure en un lambeau de peau remplaçant le lobule. En haut se trouve un second bourrelet de la grosseur d'une petite noisette dont le revêtement cutané se continue jusqu'à la joue. Dans la partie supérieure, se trouve, séparée du bourrelet par une fourche, la portion supérieure du pavillon déformé ayant 1^{cm},3 de long sur 1 centimètre de large, normalement épithélialisé, et donnant au toucher l'impression d'un cartilage roulé avec son bord antérieur, représentant ainsi l'extrémité supérieure du pavillon difforme. En avant de cette partie, à environ 3 centimètres plus haut que l'orifice rond précédemment décrit, se trouve une seconde ouverture plus petite à travers laquelle s'écoule du pus en abondance.

(1) D'après le *Monats. f. Ohrenh.*, février 1898.

Par le sondage, on reconnut que les ouvertures inférieure et supérieure débouchaient dans des conduits ; l'orifice inférieur mène à un canal long de un centimètre et demi dans la direction du conduit auditif externe, tandis que l'ouverture supérieure aboutit à un canal identique de 2 centimètres de long, qui suit une direction médiane et un peu en arrière. Si l'on enfonce la sonde dans ce conduit, on sent son extrémité à travers la peau dans le gros bourrelet situé au-dessus du lobule. La pointe de la sonde peut effectuer des excursions assez prolongées dans cette tumeur, de sorte que l'on en peut déduire qu'elle a son siège dans une cavité. Quand, après avoir retiré la sonde, on exerce une pression extérieure sur la tumeur, il s'échappe par l'orifice d'entrée une quantité de pus jusqu'à ce que la tumeur soit complètement vidée.

Gruber pense avoir eu affaire à une forme rare d'anomalie, où le pavillon étant presque absent le conduit auditif externe est très rudimentaire ; il existe également une fistule auriculaire congénitale, et l'ouverture externe débouche dans un canal long de 2 centimètres ; tandis que d'habitude cette fistule congénitale n'est représentée que par une petite lacune ou un conduit très court.

Quant à la tumeur sise derrière le pavillon, dans laquelle pénétre la sonde, G. croit que c'est une tumeur abcédée. On sait que l'on rencontre du pus dans les conduits des fistules auriculaires congénitales, et que parfois la fistule suppure. Chez notre malade la sécrétion avait de la peine à s'écouler, car contre les lois de la pesanteur elle aurait dû s'évacuer par le haut et que la petite ouverture ne permettait pas la libre issue du pus qui se collecta dans le fond et donna lieu à un abcès. Cette opinion est confirmée par le fait qu'en comprimant la tumeur le pus sort par l'orifice fistulaire ; alors la tumeur diminue pour augmenter ensuite. La mère apporta l'enfant surtout pour l'écoulement tout en désirant qu'on améliorât l'aspect du pavillon.

Quelle conduite devra-t-on tenir ? Gruber est d'avis d'enrayer avant tout la suppuration.

On procédera comme pour le traitement d'un abcès. Le procédé le plus simple sera d'inciser les portions profondes de la tumeur, de les vider et de les refermer par le haut selon les règles de la chirurgie. Peut-être pourra-t-on, par une opération, corriger la malformation et améliorer l'audition.

Discussion.

URBANTSCHITSCH. — L'écoulement laiteux de la fistule n'est pas forcément purulent, on peut avoir affaire à une sécrétion de nature non purulente. D'ordinaire la fistule congénitale auriculaire est située parallèlement au conduit auditif externe, tandis que dans le cas présenté les deux conduits se croisent.

GRUBER répond qu'en effet, il se produit toujours une sécrétion dans la fistule auriculaire congénitale, mais jamais en aussi grande quantité que chez l'enfant présenté et que la tumeur a augmenté rapidement, ce qui n'est pas le cas habituellement.

2. GRUBER. — **Extraction involontaire de l'étrier avec amélioration du pouvoir auditif.** — L'auteur présente une jeune fille de 24 ans, chez laquelle, à la suite de la disparition d'un exsudat épaissi (la malade souffre depuis six ans d'une otite moyenne chronique consécutive à la scarlatine), on trouva l'étrier luxé au bord de la fenêtre ovale. L'audition s'améliora. Quelques jours après l'étrier se dégaga complètement et fut enlevé avec une pince.

Actuellement, la malade entend de ce côté la voix chuchotée à une distance de 6 mètres; elle latéralise le son du côté de l'oreille privée d'étrier. Rinne négatif avec augmentation de la conduction des os de la tête.

Discussion.

POLITZER. — Ce cas est très intéressant en ce que dans les otites moyennes scarlatineuses et surtout scarlatino-diphthériques, l'étrier, le marteau et l'enclume sont détruits. P. a observé des malades atteints d'otites moyennes suppurées, diphthériques bilatérales avec exfoliation de tous les osselets de l'oreille; il se produirait toujours alors une surdité complète.

URBANTSCHITSCH rappelle le cas de Berthold où l'étrier exfolié fut trouvé dans la caisse, la fenêtre ovale était fermée par une pseudo-membrane.

3. J. POLLAK. — **Étui pour obtenir l'antisepsie des aiguilles à paracentèse.** — Souvent dans la pratique privée la désinfection des aiguilles à paracentèse s'obtient très malaisément. Pour les maintenir stériles, P. a fait construire par Reiner, de Vienne, un petit instrument consistant en un tube de verre mesurant 9 cen-

timètres de long et 1 centimètre d'ouverture et hermétiquement clos aux deux extrémités par des couvercles d'étain. A l'intérieur sont disposés des supports pour fixer les aiguilles. On remplit le tube d'alcool pur pour stériliser complètement les aiguilles.

Discussion.

URBANTSCHITSCH d'ordinaire enveloppe d'ouate les aiguilles préalablement stérilisées et les renferme dans un étui. La stérilisation ainsi obtenue est parfaite, grâce à l'ouate qui empêche la pénétration des germes. L'instrument peut se détériorer par un long séjour dans l'alcool.

4. URBANTSCHITSCH. — **Affaiblissement de la mémoire à la suite d'une otite moyenne catarrhale.** — Malade n'offrant pas d'autre intérêt au point de vue otologique ; il souffre seulement d'un catarrhe bilatéral des trompes. On remarquera que chaque fois que la pression auriculaire augmente, ce qui arrive surtout le matin, il est sujet à de légères crises de vertiges et sa mémoire s'affaiblit. Le malade exerce la profession de garçon de restaurant, il ne reconnaît pas ses clients quand il est dans cet état, ne peut dire leur nom, oublie les commandes et mélange les aliments. Cet affaiblissement de la mémoire peut être surmonté par le bougirage de la trompe, mais les insufflations d'air ne servent à rien, en introduisant la bougie on ne rencontre pas de rétrécissements appréciables, mais la tête redevient rapidement libre et la mémoire revient. L'amélioration ne dure qu'un jour. Cet état subsiste depuis plus de dix ans.

J'ai observé une affection analogue chez une malade russo-allemande du Caucase, enseignant la langue française et atteinte d'otite moyenne catarrhale chronique. Pendant les accès elle oubliait le français, mais conservait la mémoire de la langue allemande. En raison de son otite la malade fut soumise au bougirage, à la suite de ce traitement, en un mois, les signes d'amnésie partielle cessèrent et elle recouvra peu à peu l'usage de la langue française. Elle continua à suivre le traitement de Politzer et six mois après elle se trouvait parfaitement bien ; je n'en ai plus entendu parler depuis.

On remarque chez les hystériques l'oubli de certaines langues. Breuer en a relaté un cas typique. Une Viennoise, élevée en Allemagne, possédant aussi les langues française, italienne et anglaise, perdit au cours d'une affection hystérique l'usage de

l'allemand, de l'italien et du français, de sorte qu'on ne pouvait plus causer avec elle qu'en anglais. Ultérieurement elle retrouva les trois autres langues.

6. URBANTSCHITSCH montre deux préparations d'otites moyennes suppurées chroniques terminées par la mort à la suite d'affections cérébrales. — 1. Malade de 24 ans, atteint d'otorrhée depuis dix ans. En raison de l'existence d'une carie de l'oreille moyenne, on fit l'opération radicale, au cours de laquelle on trouva le facial dégagé par la carie. Après l'intervention, le malade se trouva mieux, mais accusa des malaises, des vertiges et des maux de tête et mourut subitement le cinquième jour. A l'autopsie, le Prof. Kolisko vit une fistule de la face supérieure de la pyramide du rocher vers le milieu du canal semi-circulaire supérieur. Dure-mère colorée en vert ; méninges internes libres. Dans le cervelet un abcès ancien rempli de pus fétide.

2. Le malade a toujours refusé l'opération ; depuis vingt ans il est otorrhéique, dans ces derniers mois il souffrit de céphalalgies occipitales atroces, de vomissements et de vertiges. On fit l'intervention radicale au cours de laquelle on retira de l'oreille moyenne de grosses masses cholestéatomateuses ; l'enclume manquait, le marteau était carié. Après l'opération le malade se sentit mieux, mais tint toujours la tête renversée. Au bout de quatre jours de violents maux de tête reparurent accompagnés de somnolence, et le malade succomba le sixième jour. A l'autopsie, on reconnut un thrombus du sinus transverse ne gagnant pas la jugulaire. On voit dans la pyramide du rocher une fistule conduisant dans la cavité du cholestéatome. L'intérieur de la dure-mère est tapissée d'un exsudat purulent. Dans le cervelet, à la place de l'affection osseuse, on remarque une coloration d'un gris sale et de la pigmentation avec nécrose superficielle. La région frontale est également pigmentée.

Ensuite l'auteur montre une pièce provenant d'une malade dont la face interne de l'enclume est revêtue d'os ; ces cas sont rares, habituellement on observe des hyperostoses à cet endroit.

6. V. HAMMERSCHLAG présente un cas de périchondrite séreuse du pavillon guérie. — A la suite d'un choc contre le pavillon de l'oreille gauche, le malade vit se développer sans grande souffrance une tumeur envahissant la fosse inter-crurale. Quand le malade vint à la clinique, la tumeur était grosse comme une

noix, insensible à la pression et normalement épithélialisée. Plus tard, la tumeur devint transparente. La ponction immédiate donna issue à environ 5 centimètres de liquide clair, d'un jaune rouge, renfermant beaucoup d'albumine. On injecta aussitôt une quantité égale de teinture d'iode très étendue. Lorsque deux jours après le malade reparut à la clinique, la tumeur avait plutôt augmenté et la surface cutanée était légèrement enflammée et sensible. Nouvelle ponction qui fit rendre 7 centimètres de liquide séreux.

Au cours des quatorze jours suivants, on dut réitérer trois fois la ponction et appliquer chaque fois un bandage compressif. Par ce traitement la tumeur diminua de plus en plus et finit par guérir.

HAMMERSCHLAG montre ensuite une malade de 42 ans ayant subi l'opération radicale. C'est à l'âge de 18 ans qu'elle commença à ressentir des douleurs dans l'oreille droite qui dégénérèrent rapidement en otorrhée. Aggravation en 1891; bourdonnements et vertiges. La malade se fit soigner à la consultation externe où on lui enleva des fragments cholestéatomateux et des granulations. Une amélioration s'ensuivit, l'oreille demeura sèche pendant trois ans; état général satisfaisant. La suppuration reparut il y a trois ans, accompagnée de bourdonnements permanents et de fréquentes crises de vertige avec perte de connaissance. Il y a quelques semaines la malade entra à la Clinique pour être soumise à l'opération radicale.

État de la malade à son entrée : Weber à droite. Membrane tympanique gauche trouble, légèrement contractée. Pouvoir auditif normal. Oreille droite normale à l'extérieur. L'extrémité de l'apophyse mastoïde est sensible à la pression. La moitié antérieure du tympan est conservée et terminée par le manche du marteau. La moitié postérieure du tympan manque; la paroi épidermisée de la caisse est dégagée et on voit la niche de la fenêtre ronde.

Du haut de l'antre surgissent des masses purulentes et épidermiques. Rinne négatif à droite. Lorsqu'on essaie de laver l'oreille ou d'enlever le pus, surviennent des bourdonnements, du vertige et des syncopes. Il en est de même lors de l'introduction d'une solution antiseptique quelconque. Le traitement conservateur ayant échoué, Politzer pratiqua le 3 janvier 1896 l'opération radicale. L'antre et l'attique étaient bourrés de masses cholestéatomateuses. Dans l'oreille moyenne, on trouva

le manche du marteau dont la tête avait été détruite par la carie.

Le lendemain de l'intervention, le vertige empêcha la malade d'ouvrir les yeux ; elle vomit à plusieurs reprises. Au bout de deux jours, les vomissements cessèrent, mais le vertige subsista quand elle remuait la tête.

Actuellement la malade est délivrée de ses syncopes, elle supporte le tamponnement de la plaie et même l'application de tampons à l'intérieur de la caisse ainsi que les irrigations.

HAMMERSCHLAG présente une malade opérée radicalement huit semaines auparavant et dont la plaie est parfaitement lisse et épidermée, sauf une petite portion de la paroi interne de la caisse.

7. POLITZER présente des préparations de **végétations polypoides de la muqueuse de l'oreille moyenne**. — Comme suite aux pièces montrées au Congrès de Moscou et concernant des enfants, P. montre les végétations polypoides de la muqueuse de l'oreille moyenne chez l'adulte. P. fait remarquer que souvent la muqueuse de l'oreille moyenne du nouveau-né et de l'enfant affecte un caractère papillaire (Lucae) qui disparaît plus tard pour faire place à un aspect lisse. Si l'on examine la paroi du promontoire de temporaux macérés de nouveau-nés, on voit près de l'orifice antérieur des trompes de petites lignes osseuses irrégulières s'étendant d'en arrière en avant et reliées par des bandes transversales. Chez l'adulte tout est lisse.

P. a trouvé que dans les otites moyennes suppurées de l'enfance, ces lignes osseuses donnaient lieu aux excroissances polypoides de la muqueuse hypertrophiée de l'oreille moyenne et montre des pièces à l'appui.

8. F. ALT. — **Contribution à la pathologie du centre cortical de l'ouïe** (A paru dans le *Monats. f. Ohrenh.*, janvier 1898).

Discussion.

POLITZER. — L'étude des troubles cérébraux de l'audition offre un grand intérêt. A peu d'exceptions près, on n'examine pas l'organe de l'ouïe au point de vue anatomique, ce qui est une erreur grave. D'après mes observations d'accidents cérébraux auditifs, les complications de tumeurs cérébrales et de ramollissements accompagnées d'otites moyennes chroniques et de mo-

difications anatomiques du labyrinthe ne sont pas rares et, à l'avenir, il faudrait toujours examiner l'organe de l'ouïe au point de vue anatomique.

HAMMERSCHLAG dit que l'on ne peut affirmer actuellement si la lésion du lobe temporal entraîne la surdité chez l'homme. L'ablation du centre cortical de l'ouïe chez les animaux, ainsi que l'a démontré Goltz, n'entraîne pas une surdité durable.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE.

Séance du 2 décembre 1897 ⁽¹⁾.

Président : Prof. STÖRK.

Secrétaire : Dr RÉTHI.

1. CHIARI fait un rapport sur les travaux de la section laryngologique du Congrès de Moscou.

2. RÉTHI présente de nouveau le jeune homme atteint d'ozène qu'il montra à la Société il y a neuf mois et quatre semaines plus tard après une séance d'électrolyse. Il rappelle qu'il s'agissait d'un ozène typique, fétidité pénétrante perceptible à un pas; dos du nez affaissé, muqueuse amincie et pâle comme dans les cas d'atrophie prononcée, cornets réduits, fosses nasales dilatées et croûtes d'un jaune verdâtre répandue sur la cloison et la paroi externe. Réthi fait observer que l'électrolyse eut pour effet d'atténuer l'odeur et même la fit presque disparaître, la muqueuse se colora en rouge et l'écoulement diminua. Dans quelques cas, la sécrétion disparut en même temps que la fétidité. Quatre ou cinq semaines après, Réthi représenta son malade à la suite d'une application électrolytique de deux à trois et demi, M. A. ayant duré cinq minutes, et l'on constata que les muqueuses étaient devenues plus succulentes, l'écoulement moindre et plus fluide, et l'odeur était réduite au minimum. Toutefois les conditions anatomiques caractéristiques n'étant pas modifiées, l'ozène ne put être considéré comme guéri. Réthi fit remarquer à ce moment qu'il voulait seulement parler

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.* 16 décembre 1897.

d'une amélioration et qu'on ne peut parler de la disparition de caractères anatomiques qui sont inconnus.

Les modifications anatomiques visibles ne sont pas caractéristiques, car elles s'observent aussi dans la rhinite atrophique simple avec laquelle elles offrent à l'œil une analogie complète ; on ignore aussi les altérations microscopiques décélant l'ozène ; on ne sait pas non plus si l'ozène provient d'une dégénérescence graisseuse des cellules d'infiltration et des glandes endothéliales ou d'une métaplasie de l'épithélium. Réthi entend sous le nom d'ozène l'affection nasale répandant une odeur particulière, et lorsque celle-ci a disparu l'ozène est guéri.

R. montre alors le jeune homme ayant subi une seconde séance d'électrolyse huit jours après la deuxième présentation — il y a neuf mois environ. — Plus d'odeur, la muqueuse est lisse, seulement par ci par là une légère sécrétion. Depuis neuf mois on n'a ni tamponné, ni badigeonné, ni pulvérisé, et le résultat est meilleur que par n'importe quel autre mode de traitement.

L'électrolyse n'a provoqué aucune réaction ou inflammation aiguë ou subaiguë du côté du pharynx ou de la fosse nasale opposée. Vraisemblablement, l'ozène est une trophonévrose et l'électrolyse influe sur les nerfs sécréteurs.

Discussion.

CHIARI ne considère pas que l'ozène soit définitivement guéri par la disparition de l'odeur. Certains cas s'améliorent spontanément et l'écoulement et la fétidité rétrocedent. Aussi le malade de Réthi ne prouve-t-il pas l'action curative de l'électrolyse, d'autant plus que parfois une légère odeur reparait et que par moment on voit des croûtes sur le cornet gauche moyen et inférieur.

M. HAJEK. Si j'ai bien compris M. RETHI, il s'agit d'un procédé qui, sans influencer notablement les altérations anatomiques ozéneuses, fait disparaître la fétidité, ce qui est le principal au point de vue du malade, auquel il importe peu que sa muqueuse nasale soit normale ou atrophiée. Aussi je n'attache pas grand prix à la valeur de l'électrolyse, car souvent l'odeur disparaît pendant des mois et même des années spontanément et revient ensuite brusquement. Donc il ne faut pas prêter grande attention à la cessation de l'odeur. Mais si dans de nombreux cas où la fétidité avait été intolérable jusqu'au moment du trai-

tement, l'électrolyse l'enrayait pour longtemps ou pour toujours, il faudrait envisager ce moyen comme très précieux pour amener l'acessation du symptôme le plus désagréable de l'ozène.

SCHIEFF adopte les idées du précédent orateur, car l'expérience lui a démontré que les ozéneux soignés par un procédé quelconque voient disparaître mais seulement temporairement les croûtes et l'odeur.

On ignore si ces manifestations proviennent d'influences externes ou de modifications pathologiques. S. soigne actuellement un malade par des vibrations et des badigeonnages du nez à l'argentamine, depuis des années, on a tenté tous les procédés excepté l'électrolyse et les vibrations; la dernière fois qu'il est venu à la consultation de S. l'état subjectif était très bon, et objectivement on ne reconnut pas traces de croûtes ni de fétidité. Malgré tout l'auteur croit à l'amélioration et non à la guérison.

SCHIEFF reçut, il y a deux jours, la visite d'une jeune fille qui à un demi pas de distance exhalait l'odeur ozéneuse caractéristique. L'examen fut remis au lendemain et on diagnostiqua l'ozène, mais depuis la veille la fétidité avait considérablement diminué sans qu'on eût rien fait pour cela. Aussi devra-t-on se méfier des succès thérapeutiques chez les ozéneux.

Bien que le malade de Réthi ait le nez libre de croûtes et d'odeur, sa muqueuse nasale ne semble pas normale.

EBSTEIN. Comme suite aux neuf observations d'ozène, traité par l'électrolyse communiquées à la séance de Juin de la Société, j'ajouterai que j'ai revu tous les malades à l'exception d'un seul et que le résultat peu satisfaisant n'a subi aucun changement. Les croûtes et la fétidité ont reparu après deux ou trois séances. Chez un unique malade l'écoulement s'est tari et l'odeur a diminué en l'espace de quatre semaines.

RÉTHI. Chacun sait que la fétidité ozéneuse disparaît pendant un temps plus ou moins long, et qu'exceptionnellement on arrive même par d'autres méthodes à enrayer l'odeur. R. a obtenu dans quelques cas la guérison par des cautérisations superficielles à l'acide trichloracétique. Il serait surprenant si chez les 24 malades que Réthi a soignés par l'électrolyse on avait eu affaire à une disparition de l'odeur spontanée, partielle et totale survenant peu de jours après le traitement.

Les causes des mécomptes de certains auteurs avec l'électrolyse sont inconnues.

R. a présenté son malade avant et après le traitement et on

a pu constater que l'effet de l'électrolyse se maintenait pendant neuf mois.

R. répète qu'il entend sous le nom d'ozène l'odeur caractéristique, car l'atrophie et les croûtes gênent beaucoup moins le malade que la fétidité qui le pousse à venir consulter un médecin ; le plus important est d'enrayer l'odeur de façon à rendre le malade à ses occupations et à la société.

Séance du 13 janvier 1898 (1)

Président : Prof. O. CHIARI

Secrétaire : Dr V. LAUFER

1. F. FEIN. — L'ablation de l'extrémité postérieure hypertrophiée des cornets inférieurs avec le serre-nœud a quelques inconvénients et offre certaines difficultés. Le coulant est mou et élastique, aussi est-il souvent malaisé de l'introduire entre le cornet hypertrophié et la cloison, surtout lorsque celle-ci est irrégulière ou épaissie ; il se recourbe quand on le pousse en arrière sans qu'on puisse lui imprimer la direction voulue. Lorsqu'on a réussi à enserrer le cornet hypertrophié, ce qui est très difficile, même pour un opérateur expérimenté, il peut se faire qu'on enlève seulement un fragment de l'hypertrophie ; il faut alors réitérer la tentative d'extraction. Ce fait ne se produit pas toujours, mais il est si fréquent, que médecin et malade perdent patience et que l'opération est indéfiniment ajournée.

Le serre-nœud doit agir comme un écraseur, c'est-à-dire enlever la partie qu'il entoure, mais il arrive qu'il serre si peu qu'il n'aboutit qu'à l'arrachement. Si on le choisit plus épais, il ne sectionne pas et il faut, soit recommencer l'intervention ou détacher des os la muqueuse qui n'a pas été entourée par le coulant ; il arrive assez souvent que l'on détache tout le revêtement muqueux du cornet.

L'emploi de la cocaïne n'est pas à recommander, car, en raison du rapprochement du tissu contractile, le serre-nœud enlève difficilement toute la masse et l'opération devient assez douloureuse.

(1) D'après le *Wiener klin. Woch.*, 3 février 1898.

Aussi, devra-t-on se servir, pour les hypertrophies de l'extrémité postérieure des cornets, d'un nouveau *ciseau double*. Au bout d'un ciseau analogue à celui que Chiari préconise pour enlever les cornets, on adapte par une charnière un plus petit ciseau sans manche, qui coupe en même temps que le grand, mais en sens contraire, de sorte que de quatre côtés on peut couper l'extrémité des cornets.

L'instrument s'emploie de la façon suivante : 1° On introduit le ciseau fermé dans l'angle entre le plancher nasal et la cloison, assez bas pour toucher la paroi pharyngée postérieure; 2° on écarte largement l'instrument; 3° on relève fortement le manche, de manière que l'extrémité inféro-antérieure du ciseau fasse saillir le voile du palais; 4° le manche est appuyé du côté de la cloison non opérée, de façon que l'instrument environne de quatre côtés l'extrémité des cornets; 5° l'opérateur attire à lui le ciseau jusqu'à ce qu'il rencontre un obstacle naturel du côté du cornet; 6° fermeture rapide du ciseau que l'on retire lentement. Une main exercée effectuera cette opération en quelques secondes. Il faudra faire sortir avec précaution le ciseau du nez pour que le fragment détaché ne soit pas avalé.

Les avantages de l'opération sont nombreux et d'abord on peut recourir à la cocaïnisation. Ensuite, on réussit toujours du premier coup à sectionner l'extrémité hypertrophiée et même toute l'hypertrophie cède, le plus souvent, à la première section, ce qui n'arrive pas toujours avec le serre-nœud, surtout dans les hypertrophies circonscrites et pédiculées des cornets. La fixité de l'instrument permet son introduction même dans les cas de déviations et d'épaississement de la portion antérieure de la cloison : Dans certains cas, on ne peut se servir du ciseau si, auparavant, on ne dégage la partie antérieure du nez.

Point n'est besoin de beaucoup d'adresse pour employer le ciseau double. Des médecins non initiés aux interventions nasales exécutent l'opération d'une manière irréprochable dès la première tentative, tandis qu'il faut beaucoup d'habitude pour se servir du serre-nœud.

Au premier moment, l'hémorrhagie est assez abondante mais elle cède à un tamponnement soigneux.

L'instrument ne peut léser les parties voisines; il peut également être employé comme amygdalotome.

Ce ciseau est construit par Leiter. Il a été essayé sur des malades de la clinique du Prof. Chiari.

Discussion.

ROTH s'élève contre deux remarques de Fein concernant la difficulté de l'opération avec le serre-nœud, les tentatives d'extraction répétées et le danger d'arrachement de la tumeur.

R. a toujours pu se servir du serre-nœud, même dans les cas d'hypertrophie prononcée, et lorsqu'il existe des rétrécissements on pénètre plus aisément dans le nez avec un serre-nœud qu'avec l'instrument volumineux de Fein.

La seconde objection a trait à la cocaïnisation de la muqueuse hypertrophiée. F. dit que, sous l'action de la cocaïne, l'hypertrophie se contracte et qu'il est impossible d'exciser le tissu hypertrophique. Il est vrai que la cocaïne produit une rétraction de la muqueuse gonflée, mais non du tissu hypertrophique, et on emploie même cette substance pour différencier l'hypertrophie de la muqueuse de la tuméfaction simple ; si, après cocaïnisation, on procède à l'ablation de la partie proéminente du cornet inférieur, on est certain de n'avoir enlevé que du tissu hypertrophique.

M. HAJEK fait observer tout d'abord que l'instrument présenté est identique à la pince laryngienne construite il y a quelques années par Dundas Grant, de Londres, avec la seule différence qu'il est adapté au nez. Il ne partage pas l'opinion de Fein au sujet des inconvénients du serre-nœud. Pour introduire un serre-nœud recourbé dans la fosse nasale postérieure, on prend de l'acier très résistant. Il est impossible que l'instrument de F. soit aussi malléable que le serre-nœud qui, étant plus mince, atténue moins la lumière que le ciseau. L'extrémité du serre-nœud pouvant être dirigée à volonté, surmonte des obstacles que ne peut éviter l'instrument. Envisageons seulement le cas où une épine longe le cornet inférieur et où nous devons détruire une hypertrophie postérieure. Dans ces conditions, on échouerait certainement avec un instrument droit volumineux. Les anses peuvent, au contraire, passer au-dessus ou au-dessous d'une épine et par des mouvements contrariés de haut en bas, on arrive à extraire l'hypertrophie. Sans dénier les mérites de l'instrument de Fein pour certains cas particuliers, il ne peut remplacer le serre-nœud. Le seul avantage du ciseau est de pouvoir servir dans des mains inexpérimentées, tandis que le serre-nœud réclame beaucoup d'adresse et d'habitude.

WEIL s'étonne que Fein n'ait pas montré les pièces excisées

avec son instrument; il croit presque impossible de s'en servir pour sectionner l'extrémité postéro-inférieure hypertrophiée des cornets, surtout dans les cas où la portion inférieure de la fosse nasale est large et la cloison droite et l'extrémité des cornets se trouve vers le milieu; ces cas sont les mieux adaptés pour le serre-nœud. Dans les cas graves, la section avec l'instrument sera malaisée et s'étendra du côté du bord inférieur. Weil accepterait l'instrument pour l'ablation du bord inférieur hypertrophié et la résection d'une partie osseuse du cornet inférieur. Weil ne partage pas l'avis de Fein au sujet des difficultés d'emploi du serre-nœud qui demeurera toujours l'instrument de choix entre les mais d'un opérateur expérimenté.

BIEHL regrette que la maladresse d'un domestique qui n'a pas apporté les pièces l'empêche de montrer quatre préparations d'hypertrophies de l'extrémité postérieure du cornet inférieur enlevées à l'aide du ciseau. B. préconise cet instrument dont il se sert à la consultation des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge à l'hôpital militaire. L'hémorrhagie est facilement enrayée par le tamponnement.

HEINDEL ayant assisté à quelques opérations pratiquées par Fein, témoigne de la facilité et de la rapidité avec laquelle l'instrument agit.

FEIN. — Il m'est indifférent que mon instrument ressemble à la pince laryngienne de Dundas Grant, dont j'ignorais, du reste, l'existence; l'essentiel est que son application au nez soit nouvelle.

Prévoyant des difficultés d'introduction, j'ai choisi, pour intervenir, quinze nez dont l'orifice antérieure présentait un obstacle. Dans tous les cas, l'introduction a été aisée et l'hypertrophie supprimée en quelques secondes.

Quant au serre-nœud, les déviations entravent notablement son introduction. Avec le ciseau, on appuie simplement sur la muqueuse du cornet inférieur, même lorsqu'elle est épaissie, et on gagne de l'espace.

J'ai pu me servir de mon instrument dans tous les cas où l'on emploie d'ordinaire le serre-nœud, et je prétends que c'est seulement par la pratique qu'on peut se rendre compte de la valeur d'un nouvel instrument. J'ai eu à m'en louer dans 15 cas et suis persuadé qu'il donnera de bons résultats à tous ceux qui l'essaieront. Tout en ne rejetant pas systématiquement le serre-nœud, je ne puis, comme Weil, le considérer comme un instrument idéal.

2. W. ROTH. — Un cas de paralysie récurrentielle. — Cas remontant à trois mois. La malade fréquentait depuis plusieurs années la clinique de l'auteur pour un catarrhe intermittent et il avait constaté que ses cordes vocales étaient normales. Vers la mi-octobre 1897, elle se plaignit de suffocation en montant les escaliers ou en faisant de gros ouvrages ; on trouve à la partie droite du cou un goître très proéminent, et au laryngoscope, on voit que la corde vocale droite est fixée dans la ligne médiane, tandis que la gauche se meut parfaitement lors de l'inspiration. Voix normale. Au bout de trois semaines, la corde droite est toujours dans la ligne médiane, puis après elle se détourne un peu en dehors et s'écarte jusqu'à prendre la position cadavérique. La voix est toujours bonne, la corde vocale gauche se rapproche de la droite pendant la phonation, mais la glotte est un peu de biais de gauche en avant, à droite en arrière. La corde droite est immobile, le cartilage aryénoïde droit incline en avant. On est donc en présence d'une paralysie récurrentielle droite, due à la pression du goître sur ces nerfs.

Si je considère la situation de la corde vocale, je suis frappé de ce qu'elle soit demeurée immobile trois semaines pour s'écarter ensuite et atteindre la position qu'elle conserve depuis plus de deux mois. Selon Grossmann, la position médiane proviendrait d'une contraction crico-thyroïdienne ; mais la voix aurait été altérée, ce qui n'était pas le cas.

On expliquera bien plus facilement la situation de la corde vocale droite, en admettant, avec Semon, que la pression du goître sur le tronc nerveux ait d'abord immobilisé l'abducteur, tandis que les adducteurs fonctionnaient encore. Toutefois, je ne prendrai parti pour aucune des deux théories, n'ayant pas étudié le cas à ce point de vue.

On remarquera que, malgré que la paralysie remonte à plus de trois mois, la corde paralysée n'offre pas trace d'excavation et que sa voix n'a pas changé.

GROSSMANN. — La corde vocale paralysée est-elle bien dans la situation médiane ainsi que Roth le croit ?

Avec la plupart des personnes présentes, je pense que la corde vocale paralysée est dans une position adductrice très prononcée. Un seul point demeure douteux, celui de savoir si la corde paralysée est complètement ou rien qu'à peu près dans la situation médiane.

On doit s'exprimer avec circonspection au sujet de la position cadavérique typique.

Si Roth admet les théories de Sémon, il est d'avis que la paralysie isolée des dilatateurs a été accompagnée d'une contraction adductrice secondaire que, pour ma part, je nie.

Je résumerai ainsi les expériences auxquelles je me livre à l'Institut Physiologique.

Dans une paralysie récurrentielle partielle, soit des abducteurs, soit des adducteurs, la corde vocale n'adopte jamais une position stable. Elle change de place. La paralysie isolée des dilatateurs n'est jamais suivie de contraction secondaire des adducteurs. L'immobilité complète de la corde vocale, qu'elle se trouve en adduction ou dans la position médiane, dénonce toujours une paralysie récurrentielle totale.

HAJEK. — Chez la malade en question, la glotte ne me paraît pas assez de biais pendant la phonation pour indiquer la position cadavérique de la corde vocale droite. Toutefois, je ne nie pas la possibilité de ce fait que j'ai observé à diverses reprises. Dans les cas de ce genre, la corde paralysée tient le milieu entre la position de phonation et d'inspiration, qui fait que la glotte, lors de la phonation, prend une mauvaise direction tandis que la corde vocale saine atteint la corde paralysée au dessus de la ligne médiane.

ROTH répond aux assertions de Grossmann qui prétend qu'il s'agit d'une position médiane et non cadavérique de la corde vocale droite que, d'après l'observation personnelle, la corde était auparavant tout à fait au milieu et que c'est seulement après un temps assez long qu'elle a pris une direction latérale. J'ai adopté le terme de position cadavérique pour établir une différence avec la situation primitive. En tout cas, la corde n'est plus dans la situation médiane.

3. WEIL. — **Racine dentaire issue d'un sinus maxillaire suppurant.** — Femme de 31 ans, atteinte, le 7 octobre 1897, quelques heures après l'extraction de la seconde molaire supérieure droite, de frissons et de tous les symptômes d'un violent empyème de l'antre d'Highmore droit. Au bout de huit jours, la douleur cesse, mais il s'écoule un flot de pus fétide de la narine droite avec persistance de l'enflure de la joue. Weil voit la malade le 19 octobre, il sonde facilement le sinus maxillaire et fait sortir une grande quantité de pus fétide ; il découvre aussi qu'une ouverture partant de l'alvéole de la dent extraite conduit dans le sinus maxillaire, et lave soigneusement la cavité. Il continue les irrigations par l'orifice, tandis qu'un tampon demeure dans l'ouver-

ture alvéolaire. Le 27 octobre, lors du septième lavage, W. ne trouve plus l'orifice et frappe avec la canule contre un os, le pus recommence aussi à paraître dans le méat moyen; le 29 octobre, même état, avec gonflement plus visible de la narine droite; l'irrigation par en bas ne fait pénétrer qu'une petite quantité d'eau dans le nez. Le 3 novembre, bien que l'antré ne rende plus beaucoup de mucus, le méat moyen suppure, la fosse nasale droite est obstruée; coryza violent. Dans la journée, la malade crache du muco-pus sanguinolent qui cache une racine dentaire de la dimension d'un grain de poivre dont la pointe était enclavée. Lorsque Weil revit la malade, le 8 novembre, le nez était redevenu normal et le sondage s'effectuait aisément. On ignore comment la racine dentaire avait pénétré dans le sinus. L'auteur pense que du 25 au 27 octobre, pendant le sommeil, il peut se faire que la racine ait été projetée dans l'orifice et y ait été maintenue par le gonflement de la muqueuse. On comprend facilement que l'eau irriguée l'ait entraînée en arrière du méat moyen.

SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE MADRID

Séance du 21 janvier 1898 (1).

1. FORNS. — Paralyse abductrice de la corde vocale gauche, due à la compression du récurrent par un anévrysme de la crosse de l'aorte. Doit-on faire la trachéotomie? — Homme de 54 ans, de taille moyenne, sec et nerveux, paraissant âgé et exerçant la profession de médecin de campagne, il est atteint d'un catarrhe. Quatre ans auparavant il souffrait d'une grippe avec localisation thoracique, accompagnée de perte de l'olfaction et de perversion du goût; tout lui semblait acide et il ne distinguait pas la saveur des substances les plus diverses. La convalescence a été si longue qu'il n'a pas retrouvé son bon état général, bien qu'ayant usé et abusé de tous les toniques de la pharmacopée et de la quatrième page des journaux politiques.

En avril dernier, il mangeait hors de chez lui lorsqu'il ressentit une gêne dans la gorge, il se retint de vomir et fit un effort si grand qu'il faillit perdre connaissance. Au même moment, il sentit une douleur intense dans la région trachéale qui

(1) D'après la *Oto-rino-laringologia española*, février 1898.

persista et un hoquet et une sensation de boule œsophagienne qui ne disparurent pas pendant la déglutition. Le lendemain, il eut des nausées et provoqua des vomissements en s'introduisant les doigts dans la gorge. La voix était normale ; légère toux et expectorations de mucus perlé. Sous l'influence du quina et des glycéro-phosphates, le hoquet finit par être enrayé, mais la gêne locale subsista.

L'état était le même en juin, quand le malade, rentrant l'après-midi après avoir été à cheval à une certaine distance, eut de l'enrouement, se sentit fatigué et respira avec difficulté. Il dut se coucher et faire appeler des confrères. Lorsqu'il voulut avaler ce fut en vain, car les liquides tombaient dans le larynx et causaient de violents accès de toux. Avec beaucoup de peine, il put prendre quelques cuillerées de liquides, et l'on diagnostiqua une affection pulmonaire. Un mois après, ne pouvant s'étendre du côté gauche sans augmenter sa dyspnée, il alla consulter, à Séville, un spécialiste distingué qui reconnut une pachydermie verruqueuse de la corde vocale gauche et de la région sous-glottique ; il lui conseilla l'opération pour le mois de novembre et le laissa partir sans traitement. Le malade ne fit rien pendant l'été ; sa fatigue était moindre, mais la raucité persistait. En novembre, il retourna à Séville où le même laryngologiste lui dit qu'il n'avait rien dans le larynx.

Devant cette assertion, le malade, toujours enrôlé, consulta un autre spécialiste qui commença par lui extraire la luette (à partir de ce moment il put se coucher du côté gauche) et lui dit qu'il avait une tumeur sous-glottique s'étendant jusqu'à la corde vocale gauche ; mais qu'il ne fallait pas l'opérer, parce qu'elle guérirait par l'absorption quotidienne d'une petite cuillerée de solution d'iodure de potassium à 1 pour 120, des insufflations intra-laryngiennes de poudres de sabine et d'alun à parties égales, et des badigeonnages du larynx avec du chlorure de zinc à 10 %. Le malade retourna dans son village où son état empira ; le premier attouchement au chlorure de zinc, effectué par un confrère de la localité, réveilla la dyspnée et l'iodure lui donna la diarrhée. Se trouvant très malade, il vint à Madrid.

À l'examen, Forns reconnut un léger coryza chronique, une hypertrophie des piliers postérieurs et une paralysie de la corde vocale gauche, occupant une position moyenne entre l'aphonatoire et la respiratoire. La muqueuse recouvrant la corde paralysée porte une petite hypertrophie sessile peu importante. Quand le malade parle, la corde saine dépasse la ligne médiane,

lors de l'inspiration profonde, la respiration est bruyante et la corde paralysée tend à rétrécir la glotte. La voix, comme la toux, sont caractéristiques. Trachée normale. Les vaisseaux du cou sont dilatés, le système vasculaire sclérosé, et du côté gauche de la trachée, dans la fosse supra-sternale, on perçoit des bruits de soufflet qui dénoncent un anévrisme de la crosse de l'aorte.

Ce diagnostic ne concordant pas avec les précédents, F. adressa le malade à Uruñuela et ensuite à Priete de Castro pour reconnaître l'état du cœur et des poumons. P. de Castro constate les faits suivants :

Le poumon gauche est en état d'impuissance fonctionnelle certainement par la compression de la bronche correspondante ; à la percussion, on reconnaît de la matité sur presque toute l'étendue ; à l'auscultation, on ne perçoit pas le murmure vésiculaire, et seulement un léger souffle dans les grosses bronches. Le poumon gauche ne respire pas.

Le poumon droit est normal.

Du côté de l'aorte, on entend parfois un bruit de tourbillon. Le diagnostic fut : *Paralysie récurrentielle par compression d'un anévrisme de la crosse de l'aorte.*

Doit-on faire la trachéotomie chez les malades de cette catégorie, Roquer l'a formellement déconseillé lors de la réunion du 1^{er} Congrès espagnol de spécialité.

URUÑUELA, auquel le malade a été adressé par Forns, attire l'attention sur la diversité des traitements recommandés par les différents médecins consultés. Lorsqu'il le vit, la dyspnée était très prononcée, et la toux était caractéristique d'une paralysie abductrice des cordes. Au moment de l'inspiration forcée, la glotte se fermait plus que lors de l'inspiration modérée. La corde droite exécutait des mouvements tardifs, et, chose singulière, il survenait une dyspnée exagérée quand le malade s'étendait dans un fauteuil, bien qu'une seule corde fût paralysée. En comprimant le cou dans la fosse supra-sternale, on provoquait un accès dyspnéique et on percevait sur ce point un bruit de soufflet peu prononcé. Il n'existe pas de traitement radical, et on ignore le palliatif pharmacologique, puisque les iodures, seuls modificateurs réels des grands vaisseaux, n'agissent pas dans les lésions aussi étendues que celle dont souffre notre malade. Quand l'asphyxie est imminente, il faudra intervenir mais seulement à ce moment là. On préférera la trachéotomie à l'intubation car les résultats sont infiniment plus durables par le premier procédé.

GOMEZ DE LA MATA estime qu'aucun moyen ne peut conjurer une dyspnée grave, mais, en tout cas, il n'est pas partisan de l'intubation.

CARRALERO dit qu'il vaut mieux faire la trachéotomie que le tubage, le malade, n'habitant pas Madrid, pourra rentrer chez lui avec sa canule, ce qu'il ne ferait pas avec son tube. L'anosmie et les anomalies gustatives du malade n'étant pas d'origine grippale s'expliquent difficilement.

FORNS. — Cette dernière interprétation est la plus vraisemblable. F. pense d'abord à l'existence d'un foyer anévrysmal ou hémorragique dans le bulbe rachidien, au point où naissent le nœud intra-crânien du spinal, celui du pneumogastrique et du glosso-pharyngien. Vu l'état athéromateux, les troubles sont dûs à des perturbations dans la circulation du mésocéphale, car on remarquera que ces altérations coïnciderent avec l'emploi des injections de Brown-Séquard. F. conseille à la femme du malade de faire pratiquer la trachéotomie haute avec canule courte.

GONZALEZ CAMPO. — Ce malade souffre de deux affections distinctes : nerveuse et laryngée. Pour le traitement, on donnera la préférence à la trachéotomie.

FORNS. — Par le tubage, on évite l'opération sanglante, toujours mal interprétée si elle est suivie de mort ; pour l'intubation, on emploiera un tube court, et lors d'une crise ultérieure, trachéotomiser en garantissant le point où aboutit le tube ; introduire une canule métallique à son entrée dans la trachée et garnir de caoutchouc dans sa portion intra-trachéale afin d'éviter les lésions traumatiques.

URUÑUELA est partisan de l'ouverture de l'espace crico-thyroïdien et de la suture des parois de l'incision en ménageant une entrée à l'air. U. n'a jamais vu de blessures produites par la canule, bien qu'il ait soigné une dame qui ne la quitta pas durant neuf années.

FORNS trouve que l'espace manque dans le crico-thyroïdien pour effectuer la trachéotomie sans canule.

URUÑUELA. — Ceci est exact dans la plupart des cas. Aux inconvénients déjà cités du tubage, s'ajoute la difficulté de l'alimentation.

FORNS résume ainsi la discussion : le traitement curatif est nul ; on se bornera à la trachéotomie avec canule molle, et s'il est possible, à la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne en ménageant une ouverture permanente. En général, l'intubation donne de bons résultats.

2. URUÑUELA. — *Laryngopathie non diagnostiquée.* — L'auteur rapporte l'observation d'une galicienne de 60 ans, d'aspect viril et qui fumait. Comme antécédents, pneumonie il y a vingt ans.

Neuf années auparavant, début d'une légère dysphonie qui est bien marquée au bout de deux ans. Toux légère et expectorations, parfois striées de sang. A l'examen du larynx, on est en présence de lésions généralisées et d'apparences très diverses ; tumeurs multiples avec perte de substance au niveau de l'insertion du ligament glosso-épiglottique ; grandes tumeurs mobiles dans les replis glosso-épiglottiques.

Dans le tiers antérieur de la corde gauche et des bandes ventriculaires, existe une production polypeuse blanchâtre, différant totalement de l'aspect du reste des lésions, et causant, sans doute, la dysphonie ; les tuméfactions vestibulaires droites sont rougeâtres par endroits, blanchâtres dans d'autres et dures au toucher. U. voulait extirper une petite parcelle des tumeurs pour en faire l'analyse, mais la malade s'y refusa, de même qu'à l'extirpation de la petite tumeur de la corde, bien qu'on lui dit que cette intervention la délivrerait de sa dysphonie.

Devant ces accidents, on songe à la syphilis, à l'épithélioma et à la tuberculose, mais, vu l'absence de signes certains, il faut conclure à un polype muqueux.

FORNS a vu la malade qui n'avait plus d'épiglotte ; l'amygdale linguale était hypertrophiée ; l'ulcération occupant la place du ligament glosso-épiglottique moyen semble une crypte d'amygdalite lacunaire, en forme de rainure. On voit la continuation des ligaments glosso et aryténo-épiglottiques très hypertrophiés ; la lésion du côté droit a l'aspect des dégénérescences des queues de cornets ; les bandes ventriculaires ressemblent à deux amygdales, le tout étant situé beaucoup plus haut que les aryténoïdes ; a-t-on affaire à un infarctus pâle inter-aryténoïdien ? Quelles sont ces lésions ? N'était l'apparence de la malade, on penserait à une tuberculose localisée ; c'est peut-être une hyperplasie bénigne, déterminée par un bacille. En tout cas, on n'est nullement fixé sur la nature de la lésion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Séance du 26 janvier 1898 ⁽¹⁾.

Président : J. WRIGHT.

Secrétaire : T. J. HARRIS.

1. FREUDENTHAL présente un cas d'ostéome nasal. Le malade, âgé de 30 ans, vint consulter pour un embarras de la respiration. Il respirait malaisément du côté droit et avec peine à gauche. Fréquentes céphalalgies, surtout à droite. Quoique ne connaissant pas le début de l'affection, il raconte que onze ans auparavant il lui a semblé que son nez grossissait. A l'examen on reconnut qu'un os s'étendait de la partie interne de l'œil au maxillaire supérieur. A partir de ce point il semblait pénétrer dans le nez. Du côté gauche se trouve aussi une masse osseuse, mais moins importante.

L'auteur croit être en présence d'un ostéome. Il montra le malade chez le Dr Jacobi où des confrères présents é mirent l'idée d'un rhinosclérome ou d'une syphilis congénitale, mais F. dit qu'il s'agit d'un ostéome provenant probablement des cellules ethmoïdales.

QUINLAN a présenté il y a dix-huit mois un cas analogue. Le malade souffrait beaucoup d'une obstruction nasale et d'une pression continuelle à la base du nez. Accélération du pouls et de la respiration. On était en présence d'un ostéosarcome.

Q. suivit son malade pendant plusieurs mois sans noter de changements appréciables si ce n'est l'atrésie qu'il remarqua au premier examen. L'auteur croit à l'origine syphilitique de la maladie.

KAMMERER émet quelques doutes sur le diagnostic de Freudenthal. L'ostéome qui se développe à partir des cellules ethmoïdales et envahit la cavité nasale cause des destructions osseuses plus visibles que dans le cas qui nous occupe. K. penche pour le développement intra-nasal.

(1) D'après le *Laryngoscope*, mars 1898.

COAKLEY et KNIGHT rapportent également des observations d'ostéomes d'origine syphilitique probable.

FREUDENTHAL a administré à trois ou quatre reprises le traitement syphilitique qui a toujours échoué. La seule chose à faire était de fendre le nez au milieu pour retirer l'ostéome et obtenir la guérison radicale. Le malade a consulté, à Vienne, plusieurs confrères qui, tous, lui ont conseillé d'entrer dans un hôpital pour s'y faire opérer.

BERENS montre un malade dont il a redressé la cloison par l'opération d'Adam modifiée au moyen de son attelle de liège. Le patient qui enseignait la boxe reçut, six jours après l'opération, un fort coup sur le nez, mais l'attelle demeura en place sans bouger.

2. LEDERMAN relate un cas d'amygdale supplémentaire chez un enfant de 10 ans, dyspnéique. Les amygdales étaient très volumineuses, et il subsistait entre elles trop peu d'espace pour laisser passer la respiration. Après l'amygdalotomie, on découvrit une autre amygdale du côté droit.

3. WATERMAN. — *Abcès de la cloison nasale.* — Après avoir travaillé trois ans dans les cliniques spéciales de New-York et Brooklyn sans rencontrer un seul cas d'abcès de la cloison, l'auteur conclut à leur rareté. La littérature médicale est pauvre sur ce sujet. Bosworth ne mentionne pas les abcès du septum nasal dans son livre, et Lennox Browne consacre seulement huit lignes à ce sujet. Gibbs, de Philadelphie, en a rencontré deux cas sur 2 000 malades atteints d'affections du nez et de la gorge. Gouguenheim en rapporte six cas, Wroblewski et Kicer treize cas, et Ruault dit en avoir rencontré six ou huit cas dans une année.

L'étiologie généralement admise est le traumatisme. Certains cas ont été observés à la suite de la petite vérole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de l'anthrax et de coups de froid. Quelques cas sont aussi attribuables à des dents cariées, à des infections de la cloison cutanée et à des ablations d'écchondroses du septum. De plus, les cas chroniques sont tuberculeux ou syphilitiques.

Gouguenheim a trouvé le microbe pyogène nasal ordinaire dans le pus, mais W. n'a pas fait cet examen.

Les abcès sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme, chez l'enfant que chez l'adulte. Sur 44 cas, 24 concernaient des enfants.

Le siège habituel de la lésion est la cloison cartilagineuse.

Les symptômes sont la douleur, la rougeur, le gonflement du nez, et parfois l'élévation de la température. Lorsque l'abcès est bilatéral, les deux narines sont obstruées. Le malade respire par la bouche, ronfle et souffre de sécheresse de la bouche et de la gorge. Mal de tête. La voix a un caractère nasal.

Le diagnostic est facile.

WATERMAN rapporte sept observations d'abcès de la cloison nasale.

PHILLIPS a soigné récemment une dame qui, au cours d'une discussion, reçut de son mari un coup sur le nez, qui donna lieu à un énorme abcès de la cloison. L'incision effectuée au bout de quatre jours donna issue au pus. Guérison parfaite sans perforation ni déformation.

LEDERMAN dit qu'une observation de W. concernait un ecchon-drôme de la cloison chez une jeune femme. Opération suivie de formation d'abcès unilatéral sans déformation consécutive.

MAC KERNON a observé l'an dernier un enfant de 4 ans atteint d'un abcès de la cloison gauche à la suite d'une scarlatine. Incision suivie de guérison.

KNIGHT a vu un abcès du septum survenir après une fièvre typhoïde. En raison de la dépression nasale on fit une opération plastique.

MAYER rapporte une observation d'abcès post-opératoire de la cloison.

SIMPSON ne croit pas qu'il puisse survenir une perforation permanente du septum, car on voit des abcès sans perforation.

BERENS a traité à l'hôpital une occlusion presque totale des deux narines sans perforation. Par l'irrigation le liquide revenait par le même côté où il avait été injecté.

B. a vu un cas d'abcès bilatéral avec destruction complète de la cloison cartilagineuse chez un syphilitique.

4. B. DOUGLASS. — **Restauration de la cloison déviée.** — L'auteur croit que généralement les déviations proviennent de traumatismes chez les enfants, de coups et de chutes sur le nez.

D. distingue cinq catégories de symptômes :

1. La déviation du septum nasal dont la déformation est : (a) arquée ; (b) angulaire ; (c) sigmoïde, ou (d) compliquée d'hypertrophie du bord libre, d'exostoses ou d'ecchon-droses ou de dislocation de l'angle maxillaire supérieur.

2. Cartilage dévié et cloison osseuse.

3. Cartilage dévié avec déformation externe.
4. Cartilage dévié avec lame osseuse haute.
5. Cartilage dévié avec perforation par traumatisme, ulcération ou abcès.

Avant d'opérer on supprimera les épaissements de la cloison sous forme d'exostose ou d'ecchondrose.

L'examen digital déterminera les convexités et concavités du septum et les endroits fracturés ; on reconnaîtra aussi avec le doigt si le cartilage triangulaire rejoint l'angle maxillaire supérieur, ou si le cartilage est dévié, fracturé ou déplacé de son axe.

Pour intervenir on introduit un couteau harpon que l'on glisse le long de la déviation ; on pratique une incision d'environ trois quarts de pouce de longueur en suivant la ligne déviée. Ensuite on introduit un bistouri émoussé dans l'incision. On fend généralement jusqu'à l'épithélium et au vestibule nasal en suivant la convexité.

Il faudra rompre aussi quelques bandes élastiques sous-muqueuses. Ensuite on dégagera la cloison du côté qui a été obstrué. Alors on introduira des attelles faites de gomme vulcanisée, dont l'extrémité intérieure est plus petite que l'extrémité externe afin de saisir la partie supérieure de l'aile du nez ; le côté de l'attelle voisin de la cloison a une surface plane ; la partie touchant le cornet inférieur est concave.

Le malade restera vingt-quatre heures au lit, et les attelles demeureront en place durant quarante-huit heures à moins d'accidents.

A la première extraction de l'attelle, si la cloison rentre on la replacera à l'aide d'un élévateur nasal du périoste. L'attelle du côté obstrué demeurera quatre semaines en place.

Discussion.

ASCH aborde d'abord l'étiologie des déviations de la cloison. Il ne croit pas que le traumatisme soit la cause la plus fréquente des déviations et est plutôt partisan d'une origine congénitale.

Quand la déviation est très prononcée, il est impossible d'insérer le doigt du côté obstrué. Il est malaisé souvent d'introduire du côté convexe une spatule entre la cloison et le cornet. On ne peut corriger une déviation du septum qu'après avoir détruit son élasticité.

La dislocation du rebord inférieur de la cloison est assez com-

mune, elle perfore le septum, dégage le rebord inférieur du cartilage, de façon à le remettre en place et à le maintenir par des attelles introduites consécutivement. A. n'a pas essayé l'attelle de Douglass, mais il ne voit pas la nécessité de la concavité hémilatérale, et se contente d'une attelle ovale.

BERENS penche également pour l'origine congénitale de la déviation. Jamais il n'a eu besoin de recourir à la section de la cloison.

Depuis 1881, B. n'a jamais essayé d'échec; il se sert de la pince d'Adams, perforant le septum cartilagineux et le débarrassant de ses attaches; à son avis, il est indispensable de séparer la cloison cartilagineuse du septum osseux, ce qui est aisé avec la pince d'Adams. Il n'a jamais eu de mauvais résultats de la fracture de la cloison osseuse et ne voit pas la nécessité d'employer un couteau.

Il est souvent impossible d'introduire le doigt.

Quant à l'attelle, B. en emploie une en liège ayant une concavité pour le cornet inférieur. Le seul défaut qu'il trouve à l'attelle préconisée par Asch et Douglass est son rétrécissement perpendiculaire.

L'attelle recommandée par Berens est construite de façon que le bout du nez soit maintenu suspendu et supprime ainsi la tension des ailes. Elle est aseptique, étant faite en liège recouvert de collodion.

COFFIN, après avoir fait beaucoup d'opérations sur la cloison est d'avis que la déviation du septum doit être opérée avec la scie. Il a été presque converti au procédé de Douglass depuis qu'il en a vu les résultats dans des cas nombreux et il a opéré des cloisons déformées par les méthodes de Douglass et de Asch. En principe, il ne voit pas grande différence entre les deux opérations consistant à inciser le septum et à vaincre la résistance du cartilage.

C. croit qu'il est impossible d'introduire le doigt dans le nez du côté obstrué, et il pense qu'on ne peut pas introduire un couteau dans une cavité restreinte du côté convexe, il faudrait le faire du côté concave.

Quant à l'opération de Asch, il est malaisé d'insérer l'instrument dans le nez sans nuire considérablement au cornet inférieur du côté obstrué.

Avec Berens, C. trouve que l'attelle est trop rétrécie à son extrémité postérieure.

Pour le nombre des incisions, Douglass en fait une au moins ;

Asch, deux ; Berens aucune et les malades se trouvent bien dans tous les cas.

DOUGLASS recommande que le septum soit dans une situation aussi perpendiculaire que possible. La densité de l'air dans la trompe d'Eustache dépend du volume, de la vélocité et de la direction de l'air s'échappant par son orifice externe, toutes choses influencées par les déformations de la cloison.

TANSLEY a observé un grand nombre de déviations du septum. Le premier cas remonte à 1876, alors qu'il étudiait les maladies d'oreilles. La première intervention notée sur ses livres date de 1877, époque où il dirigeait une clinique au Manhattan Eye and Ear Hospital.

Presque tous les malades étaient sourds.

Son opinion est qu'il ne faut pas couper ni fendre la cloison excepté à la fin de l'opération. On lésa le moins possible le septum.

T. opère de la façon suivante : Incision horizontale le long de la concavité sur la partie concave de la cloison. Ayant parfois deux pouces de long, cette incision traverse la muqueuse et le périchondre. T. emploie la cocaïne, mais jamais l'éther. Ensuite, dissection soigneuse de la muqueuse, depuis la cloison jusqu'au plancher de la cavité nasale.

Alors, avec un instrument mousse, compression de la portion supérieure du côté convexe en bas et de la portion supérieure convexe en haut, que l'on retient par deux tampons d'ouate montés sur des sondes d'aluminium.

Ensuite, T. convertit la convexité en un éperon angulaire, et l'ancienne concavité forme le centre de cet éperon. Les tampons d'ouate sont humectés avec une solution de biiodure de mercure, d'alcool et d'eau, et demeurent une semaine en place. Pendant deux jours, le malade ne se met pas au lit et passe la nuit dans un siège confortable. A la fin de la semaine on supprime l'éperon angulaire et la guérison est parfaite. Jamais d'accident ni de perforation de la cloison.

L'effusion de sang, au cours de ces interventions, est d'ordinaire très minime.

O. B. DOUGLASS a pratiqué les diverses opérations de déviation de la cloison avec des succès divers. L'intervention est absolument indiquée lorsque la narine est complètement obstruée.

Comme contraste avec les procédés opératoires modernes, D. rappelle un cas opéré par lui il y a une douzaine d'années, où il

perça la cloison avec un bistouri effilé, recourbé, arrangé de façon à éviter les lésions des tissus.

D. croit que les traumatismes sont les causes les plus communes des déviations de la cloison.

E. Mayer a publié récemment un travail basé sur 200 cas opérés avec succès par la méthode de Asch, qu'il croit la meilleure pour corriger cette déformation. Il n'emploie pas les attelles de liège, car il croit que le liège s'aseptise mal, et que si, comme le recommande Berens, on le couvre d'iodoforme, c'est une source d'ennui pour le malade et son entourage. Personnellement, M. préférerait conserver une déviation que d'endurer l'odeur de l'iodoforme dans son nez pendant cinq semaines.

Voici un bref résumé de l'opération de Asch :

1. Incision avec une lame coupante dans la cavité parallèlement au plancher nasal dans sa partie la plus concave.

2. Retirer les ciseaux.

3. Incision dans la cavité, ponctuant l'os frontal et aussi près que possible du centre de la première incision.

4. Oter les ciseaux.

5. Repousser les fragments incisés dans la cavité et les détacher à leurs bases.

6. Par la compression d'une pince on éliminera des fragments, mais sans violence.

7. Introduction des tubes.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 29 janvier 1897 (1).

Président : B. FRAENKEL.

Secrétaire : P. HEYMANN.

1. HEYMANN présente un malade qui, en tombant sur la glace, se blessa à la joue. Comme il se plaignait de vertiges et de douleurs oculaires, on l'adressa à un oculiste qui ne trouva rien. Le malade ayant dit qu'il rendait du sang par le nez, on l'examina et on vit que l'antre d'Highmore était rempli de sang. L'éclairage par transparence révèle de l'opacité.

(1) D'après la *Berliner Klin. Woch.*, 23 février 1898.

2. BIECK. — Femme de 23 ans, syphilitique depuis 1894. A cette époque, ayant souffert d'écoulement des organes génitaux et de douleurs dans la gorge, elle suivit à plusieurs reprises un traitement mercuriel. En septembre 1895, on l'adressa à la Charité pour des **ulcérations étendues du voile palatin** et de la paroi pharyngée postérieure. On songeait à la tuberculose, mais on ne trouva pas de bacilles, tandis que l'iodure de potassium, au contraire, agit très favorablement. En même temps, apparurent des gonflements des tibias des deux jambes. Au mois de mai de l'année suivante, elle fit de nouveau à la Charité une cure anti-syphilitique et y fut soignée, en août 1896, pour des ulcérations des amygdales et de la paroi postérieure du pharynx. Peu après elle accusa de violents vertiges et dit ne pouvoir se tenir assise droite sur une chaise ; elle souffrait aussi de maux de tête intolérables et d'étrangler en avalant, car des parcelles de viande passaient à travers le nez. Le 2 janvier 1897, la malade revint à la Charité. Le voile du palais est complètement soudé à la paroi pharyngée postérieure, des cicatrices s'irradient de la paroi du pharynx au voile palatin, il n'existe pas de communication entre le nez et la cavité buccale. A la place de la luette se trouve un petit canal caché par un pli. Partout l'éclairage des sinus a donné une image claire, ainsi que les deux pupilles ; l'épreuve de l'odorat a fourni un résultat négatif, seule l'introduction de substances plus forte dans le nez a été suivie d'éternuement ; le goût a presque totalement disparu, l'audition est normale. Céphalalgies et vertiges. La malade passe de mauvaises nuits, sa bouche est sèche et elle a des cauchemars, elle croit ne plus pouvoir respirer. L'intervention est décidée ; on creuse la paroi postérieure du voile du palais avec un cathéter, et on pratique une petite incision à travers le voile ; la plaie sera maintenue ouverte par des tampons puis des bougies. L'affection s'est donc développée malgré le traitement spécifique. A part une résonance nasale, la voix est distincte et normale.

LANDGRAF préfère à l'incision qui réclame de longs soins consécutifs, deux ouvertures à la limite du voile et de la voûte du palais que l'on peut oblitérer à l'aide de petits obturateurs.

FRAENKEL. — Dans ces cas-là, on ne peut jamais affirmer jusqu'où se prolonge l'adhérence. En tout cas, on dégagera d'abord le milieu. Chez le dernier malade que j'opérai, les traces de cicatrices se prolongeaient jusqu'à l'amygdale pharyngée. Quand on cherche à percer une ouverture latérale, on peut réussir, mais il arrive aussi qu'on rencontre une adhérence très pro-

noncée. Si l'on veut recourir à la prothèse, ce sera dans le cas où le trou s'étendra en avant. La voix n'a pas besoin d'être améliorée, mais les malades doivent pouvoir respirer à travers le nez. A mon avis, on ne doit pas appliquer la prothèse qui nécessite aussi un long traitement consécutif. Pour supprimer les soudures j'ai fait construire des couteaux recourbés en forme de baïonnette et à lame latérale.

HEYMANN a opéré ses malades par le procédé de Fraenkel, mais il a introduit un appareil de prothèse qu'il laisse séjourner plusieurs mois dans l'isthme pharyngo-nasal. C'est le meilleur moyen.

SCHÖTZ. — Le mode de traitement doit varier suivant les cas ; il ne faudra opérer qu'après avoir longtemps suivi la malade qui parle et avale parfaitement. La section du voile palatin n'apporterait aucune amélioration et les maux de tête persisteraient. D'autre part, la respiration n'en retirerait pas grand bénéfice, et on pourrait aggraver l'état de la malade en voulant empêcher une récurrence, car si l'ouverture est pratiquée trop largement, elle peut nuire à la parole et à la déglutition. Un appareil de prothèse construit par un dentiste pour une de mes clientes a coûté 600 marks.

KAFEMANN décrit sa méthode d'implantation artificielle de polypes dans le nez et le pharynx nasal dans un but d'enseignement.

DENNE avait présenté l'été dernier une malade portant une grosse tumeur kystique comprimant la luette du côté droit ; le côté gauche était occupé par une tumeur s'étendant jusqu'à la voûte palatine en haut et au larynx en bas, et ayant la dimension d'une pomme grosse comme le poing. La femme, reçue à l'hôpital Saint-Joseph, y avait été opérée le lendemain. Incision derrière l'oreille jusqu'au larynx ; extraction d'environ 500 gr. en tout. Il survint une hémorrhagie subite qui empêcha de continuer l'opération. Sans doute, l'artère pharyngée ascendante avait été coupée en retirant la tumeur, heureusement l'hémorrhagie fut de courte durée. Récidive au bout de quelques mois, nouvelle intervention encore interrompue par une abondante hémorrhagie. Au microscope, on reconnut un sarcome alvéolaire. Il y a trois semaines la tumeur reparut tellement augmentée que j'hésitai à pratiquer la trachéotomie, la pharyngotomie ou l'extirpation totale. Je me décidai pour cette dernière et fis auparavant la ligature de la carotide, immédiatement suivie d'une réduction du tiers de son volume. Pendant deux jours, la malade

se trouva bien, mais elle fut atteinte d'anémie cérébrale qui amena le décès en trois jours. La tumeur remplissait tout le côté gauche du pharynx ; on ignore son origine.

3. BECKMANN. — **Sur les méthodes opératoires intra-nasales.** — Un spéculum nasal doit être appliqué sur le plancher du nez, relever son extrémité et maintenir une bonne distance entre les ailes du nez et la cloison. B. emploie depuis quatre ans un miroir nasal ayant des branches larges d'environ 6 millimètres, à surface recourbée et laissant la main droite libre.

Depuis six ans, je me sers pour opérer les déviations et épines de la cloison d'une petite scie fabriquée avec l'acier des ressorts de montres, agissant beaucoup plus rapidement que les instruments volumineux employés auparavant. Après cocaïnisation, l'opération s'effectue sans douleur. Comme traitement consécutif, repos pour éviter l'hémorrhagie et lavage du nez tous les deux jours. D'ordinaire, le tamponnement est inutile.

Dans les cas d'hypertrophie du cornet inférieur, on fera d'abord, surtout chez les enfants, l'ablation des amygdales : à l'aide d'un couteau que j'emploie depuis cinq ans, je puis les détacher dans leur totalité et enlever même une couche fibro-cartilagineuse, ce qui est préférable. Pour la section des cornets j'ai fait faire un ciseau qui enlève du premier coup le bord inférieur.

BIBLIOGRAPHIE

De la mastoïdite de Bezold, par LOUIS PERROT (*Thèse de Bordeaux*, 1897).

Après un court aperçu historique, l'auteur rappelle les causes prédisposantes de l'affection. Elles consistent surtout dans la disposition de l'apophyse et sa constitution anatomique. La perforation consécutive à la suppuration des cellules ne se fera pas au niveau des insertions solides du sternomastoïdien splénus et petit complexus mais au sinus, formant alors une collection derrière le pavillon ou au-dessous et en dedans, dans la rainure digastrique très mince chez certains sujets. L'étiologie est celle des otites purpurées ; quelquefois la suppuration est insignifiante ou fait défaut.

On peut expérimentalement, à l'exemple de Bezold, déterminer la marche du pus. Il suit deux voies ; l'une antérieure, indiquée par le digastrique ; l'autre postérieure, suivant l'artère occipitale ; il peut alors former une tumeur entre le splénius et le petit complexus, tumeur pouvant s'étendre verticalement des muscles droits et obliques à la sixième vertèbre cervicale, quelquefois (Bezold) à la deuxième dorsale. Pas de propagation vers le médiastin.

Au point de vue symptomatique Bezold indique les signes capitaux, début souvent brusque, tuméfaction au-dessous de la mastoïde en avant ou en arrière, point douloureux occipital. Pour l'auteur le signe pathognomonique est l'issue du pus par le conduit quand on presse sur la tumeur cervicale. Le diagnostic doit être fait avec un abcès migrateur, une phlébite de la jugulaire, une adénopathie des ganglions sous-sternomastoïdiens (ceux-ci sont mobiles au début), un abcès juxta-auriculaire ouvert dans le conduit mais ne dépendant pas d'une affection auriculaire. Le traitement consiste dans l'ouverture large de l'apophyse par le procédé de Zaufal suivi de la destruction de la ou des fistules et de la poche purulente cervicale, dans une seule séance. Suit une observation recueillie à la clinique du Dr Lichtwitz.

LOMBARD.

De la rhinolalie, par A. BONNES (Thèse de Lyon, 1897).

Après une étude assez complète de la phonation, et en particulier du rôle physiologique du voile du palais qui a pour fonctions de fermer le résonateur nasal, Bonnes aborde la pathogénie de la rhinolalie et de ses quatre variétés dues :

- 1° au raccourcissement de la voûte palatine ;
- 2° au raccourcissement du voile du palais ;
- 3° à l'agrandissement du naso-pharynx seul ;
- 4° ou à l'insuffisance vélo-palatine, les dimensions du voile, de la voûte et du naso-pharynx restant normales, insuffisance due à l'habitude ou à l'imitation.

Quelles que soient les causes de la rhinolalie, le voile du palais n'atteint jamais le bourrelet transversal de Passavant, formé sur la paroi postérieure du pharynx pour la contraction du constricteur supérieur du pharynx.

Le diagnostic différentiel porte sur toutes les affections qu'entraînent des troubles de la parole avec ou sans nasonnement, et principalement sur la *stomatolalie* (rhinolalie fermée de Küss-

maul) dans laquelle la résonnance nasale normale est supprimée.

Le traitement chirurgical est resté impuissant jusqu'à ce jour ; le traitement médical par la faradisation pourrait donner des résultats dans la rhinolalie par habitude ; l'éducation phonétique donne souvent une amélioration très sensible. L'avenir du traitement semble porter sur la prothèse, restée imparfaite jusqu'ici.

R. ÉTIÉVANT.

Périchondrite et kytes séreux de la cloison du nez, par THEISSING
(Thèse de Breslau, 1897).

Cinq observations : 1° *Abcès double de la cloison d'origine traumatique*. — Une enfant de 5 ans, renversée par un bicycliste, reste sans connaissance pendant quatre jours ; puis il s'établit un écoulement de pus par le nez, de la gêne respiratoire et l'enfant a de la fièvre et de la diarrhée si bien qu'on songe à la fièvre typhoïde ; l'examen local fait facilement reconnaître l'existence de deux cavités pleines de pus, qui communiquent à travers la cloison du nez, évidemment fracturées. Les abcès sont incisés à la partie déclive et l'enfant se remet rapidement après quelques petites recrudescences de fièvre dues à la rétention du pus ; au bout de quatre semaines l'enfant est guérie, avec une légère déviation de la cloison. 2° *Abcès unilatéral d'origine traumatique*. — Garçon de 4 ans, appartenant à une famille de tuberculeux ; il tombe sur le nez, saigne abondamment, puis, quelques jours plus tard, il a de la fièvre, de l'agitation tandis que le nez se tuméfie et les fosses nasales s'oblitérent ; la rhinoscopie montre la présence d'une tumeur fluctuante dans la narine droite, sur la cloison, et une inflammation de la muqueuse du côté gauche. L'abcès est incisé largement et la guérison survient en peu de temps. 3° *Abcès bilatéral de cause indéterminée*. — Jeune homme de 16 ans, souffrant depuis trois semaines ; sans cause remarquée, le nez s'oblitére graduellement et il se forme des tumeurs qui finissent par faire saillie hors des narines ; avec la sonde on arrive à déterminer le point de départ de ces tumeurs sur la partie antérieure du septum de chaque côté. La tumeur gauche est enlevée à l'aide du serre-nœud, une grande quantité de pus est évacué, la tumeur droite s'affaisse en même temps et une grande brèche se trouve dans la cloison, admettant le petit doigt ; comme toujours la cavité de l'abcès est remplie de gaze iodoformée et dès le lendemain le malade se trouve bien au point de

vue général. La cavité met plusieurs semaines à se combler et la perforation de la cloison finit par être oblitérée par la muqueuse, hypertrophie du côté gauche d'abord, par de tissu cicatriciel de la narine droite plus tard. Il n'a pas été possible de découvrir d'autre lésion du nez, ni une cause infectieuse quelconque pouvant expliquer la formation de l'abcès. 4° *Kyste séreux bilatéral de la cloison*. — Homme de 40 ans, pris subitement d'obstruction nasale ; du jour au lendemain la respiration nasale devient impossible et on constate la présence de deux tumeurs rouges qui font saillie hors des narines, fluctuantes, tendues ; l'incision des deux tumeurs, faite le sixième jour, évacue un liquide absolument clair, séreux. Une sonde traverse le septum cartilagineux ; neuf jours après la cloison apparaissait absolument normale. L'évolution rapide, l'absence de pigment dans le liquide, l'absence de traumatisme ne laissent subsister qu'un diagnostic, celui de kyste lymphatique, de collection due à la rupture de vaisseaux lymphatiques altérés. 5° *Abcès traumatique unilatéral*. — Garçon de 10 ans, souffrant depuis une chute sur le nez qui a été suivie d'épistaxis abondante ; le bout du nez se trouvait dévié à gauche, si bien que la mère essaya de le repousser à sa place, ce qui se fit avec un craquement bien net ; aussitôt le nez se tuméfia et rougit un peu ; des accidents survinrent par la suite et durèrent quinze jours jusqu'à l'incision d'un volumineux abcès de la cloison ; huit jours plus tard l'enfant, qui était en bonne voie de guérison, fut repris de fièvre et le nez se tuméfia à nouveau, il y avait rétention de pus dans ce qui restait de la grande poche de l'abcès ; après cet incident la guérison s'acheva sans encombre. M. N. W.

De l'éléphantiasis chondromateux du nez, par NEDELTCHEFF (Thèse de Lyon, 1897).

L'observation d'un cas d'acné éléphantiasique du nez accompagné de la production de grosses masses cartilagineuse, observation jusqu'à présent unique, a été le point de départ de cette thèse.

De l'examen histologique, il résulte que ces masses ne sont pas constituées par du tissu chondromateux *vrai*, mais qu'il s'agit de formations chondroïdes, comparables à celles que l'on rencontre dans un grand nombre de lésions inflammatoires (anévrismes, hydrocèles, hématocèles, kystes) ; aussi M. Poncet propose-t-il la dénomination d'*éléphantiasis chondromateux du nez*.

Il n'existe dans la littérature médicale aucune observation semblable.

R. ÉTIÉVANT.

Essai de traitement rationnel de la tuberculose laryngée, par WAL-DEMAR DE WEGLENSKI (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans cet intéressant travail l'auteur fait d'abord une revue rapide des prescriptions concernant la prophylaxie, l'hygiène et l'alimentation. Parmi les médicaments, il insiste sur la solution de chlorure de sodium préconisée par le Dr Potain, sur le phosphate de chaux, l'arsenic, le gaiacol en injections sous-cutanées. Il ne faut pas rejeter la révulsion par les vésicatoires. L'action de la cantharidine est un excellent adjuvant. La médication symptomatique n'est pas omise. Contre la toux, l'opium, les inhalations permanentes et les injections de menthol.

La cure d'air peut être remplacée par l'inhalation permanente à l'aide d'un appareil nouveau qui permet aux malades de respirer un air aseptique ou chargé de vapeurs de menthol. Celles-ci peuvent à la longue atténuer considérablement la virulence du bacille.

L'auteur a essayé la sérothérapie en se servant du sérum de Richet et Héricourt (néosérum) poussé dans ses recherches par les résultats obtenus par Broca et Charrin dans la tuberculose cutanée. Ce n'est pas un spécifique de la tuberculose. Son action serait surtout efficace dans la laryngite épithéliale et dans la forme ulcéreuse; elle est nulle dans la tuberculose infiltrée et végétante. Le sérum paraît activer la nutrition, diminuer la dysphagie bien plutôt qu'être doué d'un grand pouvoir cicatrisant. On injecte de 1 à 3 centimètres cubes dans l'amygdale; de préférence, à cause de la tolérance de son parenchyme, pour atténuer la dysphagie qui succède à l'injection il est bon d'instiller concurremment 1 centigramme de morphine. Ces injections sont renouvelées deux fois par semaine.

La méthode sclérogène a été appliquée également : injections de ZnCl_2 à 3 %, 4 % et enfin à 1/20. Au début on peut ajouter au ZnCl_2 une faible dose de gaiacol synthétique pour diminuer la violence de la réaction. L'injection doit être faite profondément avec une aiguille très fine; il faut avoir la précaution de ne pas laisser sourdre de liquide à l'orifice de l'aiguille. Pour adapter ces injections à la technique laryngoscopique, l'auteur a imaginé une pince seringue servant à traiter les aryténoïdites et les épiglottites. On trouvera dans le travail la description complète

et le dessin de l'instrument. Pour les bandes ventriculaires ou les cordes vocales inférieures l'auteur se sert de son instillateur laryngien. L'asepsie aussi parfaite que possible des cavités buccopharyngienne et laryngée est obtenue par des lavages de la bouche avec la solution d'hydroquinone et par une injection intralaryngée de menthol en solution dans l'huile de vaseline. Cette méthode a donné de bons résultats chez trois malades atteints de la forme infiltro-ulcéreuse.

L'idée originale de l'auteur consiste dans l'inhalation appliquée au traitement de la laryngite tuberculeuse à forme catarrhale ou ulcéreuse. Après deux courts chapitres dans lesquels sont rappelés les inconvénients de la trachéotomie et les dangers du curettage de Heryng on fait la description de tentatives réitérées pour arriver à placer à demeure au contact des tissus malades, à l'aide d'un tube d'O'Dwyer, des substances médicamenteuses comme le $ZnCl^2$ ou l'acide lactique. Actuellement, la pratique de l'auteur est la suivante : le tube est entouré d'ouate hydrophile maintenue par une chemise de tarlatane cousue dans le sens de la longueur et fixée au tube par des fils passés dans les orifices de ce dernier. Après un séjour prolongé dans la solution de menthol l'appareil est introduit dans le larynx et laissé en place une ou deux heures. L'auteur se propose de l'y laisser séjourner plus longtemps et espère obtenir de sa méthode les meilleurs résultats, surtout dans le traitement des ulcérations. Le travail se termine par un rapide exposé clinique de la tuberculose laryngée. La fétidité de l'haleine est signalée comme symptôme très important. Suivent six observations de malades traités par ces différentes méthodes et tous améliorés.

LOMBARD.

Traitement de la syphilis laryngée et en particulier des sténoses syphilitiques par le tubage, par L. GAUTIER. (Thèse de Lyon décembre 97).

D'après l'auteur, les lésions laryngées de la période secondaire sont justiciables surtout du traitement mercuriel par voie buccale ou cutanée de préférence, par voie hypodermique dans les cas rebelles ; exceptionnellement on est obligé d'intervenir par la trachéotomie et de préférence le tubage pour faire cesser la dyspnée (paralysie des abducteurs, spasme des adducteurs, œdème aigu du larynx).

Quant aux laryngopathies tertiaires, dans tous les cas il faudra administrer un traitement spécifique intense à l'iodure, et c'est

seulement quand le diagnostic est d'une certitude absolue qu'on peut employer le traitement mixte ; beaucoup de laryngologistes ne donnent que l'iodure (Gouguenheim, Garel). — Les formes héréditaires seront traitées comme les formes tertiaires ; dans le type syphilitique précoce, mercure.

Le traitement spécifique appliqué seul n'a généralement pas d'action sur les vieilles sténoses laryngées cicatricielles, justifiables du traitement chirurgical.

Dans ce cas, si l'on n'a pas recours à la méthode non sanglante représentée par le tubage, il faudra faire suivre la trachéotomie de la dilatation méthodique et progressive du larynx avec des dilateurs métalliques à plusieurs branches, des canules dilatrices, les olives de Schrötter ou les mandrins métalliques et l'intubation quand on peut enlever la canule trachéale.

Dans les formes mixtes de syphilis et de tuberculose, la trachéotomie ne sera faite qu'après insuccès du tubage, et la trachéotomie basse sera d'emblée indiquée, s'il s'agit de coexistence certaine de syphilis et de cancer.

L'auteur conclut en donnant d'une façon générale la préférence au tubage, moins dangereux et bien plus facilement accepté par les familles, mais qui nécessite malheureusement une surveillance continue ; d'ailleurs le tubage remplit parfaitement la double indication :

- 1° Parer à une asphyxie imminente (tubage d'urgence) ;
- 2° Amener de la dilatation progressive, et, comme tel, il peut s'employer sans urgence absolue (tubage dilateur).

Enfin si la trachéotomie a été déjà pratiquée, il conseille, pour dilater le larynx, la méthode de Schrötter, et tardivement l'intubation d'O Dwyer.

R. ETIÉVANT.

ANALYSES

I. — NEZ ET SINUS

L'acétate d'urane dans le coryza aigu, par S. STEIN (*Journal de médecine de Paris*, 11 juillet 1897).

Ce médicament produit un abondant écoulement des sécrétions nasales. Jusqu'alors Stein préconisait dans le coryza aigu une solution tiède à 0,1 % d'acide trichloracétique, dont il conseille de reniffler une demi-cuillerée à thé par chaque narine. Mais l'action sécrétoire d'une solution tiède d'acétate d'urane est supérieure à l'acide trichloracétique et S. ordonne de reniffler deux à trois gouttes par jour de la solution suivante, préalable-ment tiédie :

Acétate d'urane.	5 à 10 centigrammes.
Eau distillée	10 grammes.

ou

Acétate d'urane.	5 centigrammes.
Poudre de café torréfiée. . . .	5 grammes.

L'action favorable de ce médicament s'explique, d'une part, par son action bactéricide, d'autre part par la propriété qu'il exerce sur le flux des sécrétions par lesquelles les bactéries sont éliminées.

G. LAURENS.

Polypes des fosses nasales, par PÉAN. (Académie de médecine 13 avril 1897).

Il s'agit de quatre malades qui ont présenté : le premier des polypes myxo-glandulaires, le second des polypes vasculaires, le troisième des polypes fibreux, et le quatrième des polypes tuberculeux des fosses nasales. Ces lésions sont différentes, mais elles ont eu une évolution maligne, malgré le traitement radical institué dès le début et quoique l'examen histologique pratiqué par Cornil et Brault eut paru favorable.

Chez le premier malade, il s'agissait de vulgaires polypes glandulaires ; mais quand ces polypes sont nombreux et bilatéraux, P. fait remarquer qu'ils peuvent résister à l'arrachement par les voies naturelles et exiger la large rhinotomie médiane.

On peut alors enlever la muqueuse pituitaire en totalité. Chez son malade, l'auteur se demande s'il n'y a pas à craindre la dégénérescence épithéliale ou sarcomateuse. Il la craint surtout chez le second, atteint de polypes vasculaires, en même temps que d'un lupus des fosses nasales propagé à la lèvre supérieure ; il a fallu faire la rhinotomie, et malgré cela la repullulation a lieu.

Chez le troisième malade, il s'agissait des tumeurs graisseuses et fibreuses nées dans la région ptérygoïdienne, et malgré cette nature histologique, une récurrence à marche aiguë a eu lieu en quelques semaines.

Enfin Péan présente une jeune fille de 19 ans chez laquelle il a évidé les fosses nasales envahies par des fongosités consécutives à une ostéite tuberculeuse. Il a fait une prothèse avec une lame de platine, que d'ailleurs il a fallu extraire plus tard.

G. LAURENS.

Sur les polypes hémorragiques de la cloison des fosses nasales,
par K. WALLICZEK. (*Monats. f. Ohrenheilk.*, p. 155 n° 3, avril 1897).

Le nombre des cas connus depuis les publications inaugurales de Lange et de Schadowaldt est encore assez restreint. Ribary a attribué à ces tumeurs une origine purement mécanique et les considère comme succédant à une irritation mécanique dans la rhinite sèche antérieure. Mais la fréquence de cette maladie ne va guère avec la rareté des polypes saignants de la cloison. W. en relate une observation nouvelle avec examen microscopique.

Les particularités intéressantes à noter sont 1° la richesse en vaisseaux et en espaces sanguins ; 2° le caractère conjonctif de la tumeur présentant la structure du tissu de granulation. Ce sont des délais qu'on ne retrouve guère dans les observations antérieures, qui rangent ces tumeurs tantôt dans la classe des granulations, tantôt dans celle des fibromes mous ou durs, tantôt enfin dans celle des fibro-angiomes, des angiomes purs et des angiomes caverneux, dans le cas actuel, tandis que dans la couche superficielle, on trouve un tissu de granulations, dans la couche profonde on se trouve en présence d'un vrai angiome caverneux, fibro-angiome caverneux. Dans le cas de Brieger, il s'agissait d'un angiome caverneux.

Si l'on compare avec soins toutes les observations, on acquiert la conviction qu'il n'y a pas de différence fondamentale dans la

structure des tumeurs. Toutes semblent bien se rapporter à des angiomes ; il s'agit d'une tumeur bénigne, conjonctive, riche en vaisseaux et ceci rend compte des similitudes cliniques. Leur localisation à la partie antéro-inférieure du système cartilagineux est déjà typique.

C'est à tort qu'on a invoqué une relation avec les troubles menstruels, puisque la lésion survient aussi bien chez l'homme que chez la femme ; elle s'observe à tout âge, surtout avant la puberté ; si l'on s'en tient aux faits publiés, les polypes saignant semblent les plus fréquents chez les sujets jeunes. On l'a toujours observé d'un seul côté (gauche de préférence). La tumeur est pédiculée ou sénile (cas de texture). La grosseur varie du volume d'un petit pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon.

Les différences de volume tiennent peut-être à la plus ou moins grande ancienneté des tumeurs. Leur développement est très rapide et elles arrivent vite à oblitérer la fosse nasale. La consistance est variable : elle est parfois si faible qu'il est impossible de les saisir avec lame. On a décrit des polypes moins compressibles, érectiles. L'action constrictive de la cocaïne est variable. Leur forme dépend de leur volume. La surface est lisse ou granuleuse, leur couleur rouge clair ou sombre (prédominance des vaisseaux artériels ou veineux).

L'opération doit être radicale si l'on veut éviter la récurrence. La galvano-caustique est la méthode de choix. Strazza a employé l'électrolyse unipolaire.

Le diagnostic est en général facile, cependant le sarcome et le lupus peuvent présenter un aspect et une évolution assez semblable.

PAUL TISSIER.

Influence des végétations adénoïdes sur le développement et la conformation du maxillaire supérieur et de la cloison, par J. W. GLEITSMANN. (*Journal of laryngology, rhinology and otology*, Londres, juillet 1897).

Ce sujet a été en général trop brièvement traité dans les différents livres de Michel, Jarvis, Lange et Delavan.

Jarvis le premier a remarqué la coexistence du palais étroit et très arqué avec la déviation de la cloison qu'il considérait comme une disposition héréditaire. En effet cette hérédité est indéniable. Mais il refuse toute influence à la scrofule et au rachitisme.

On observe aussi chez les enfants présentant le palais en U que les dents sont mal rangées faute de place pour leur développement et généralement ces conditions résultent de la présence de végétations adénoïdes ainsi que l'ont démontré Kørner et Waldow.

Les modifications les plus importantes surviennent surtout après la seconde dentition lorsque les végétations adénoïdes n'ont pas été enlevées.

La malformation du palais entraîne secondairement la déviation de la cloison ; aussi l'observe-t-on rarement avant l'âge de 7 ans.

Le facteur principal de cette déformation c'est la pression exercée par les joues contre le maxillaire supérieur lorsque la bouche est constamment ouverte et c'est surtout après la chute des dents de lait, pendant la seconde dentition que les effets de cette pression se font davantage sentir.

L. R. REGNIER.

701 cas de végétations adénoïdes nasopharyngées, par ARROWSMITH. (Med. Record, 28 août 1897).

Le symptôme prédominant a été la gêne de la respiration nasale (586 cas). Viennent ensuite les troubles de l'oreille (243 cas). L'épistaxis, l'eczéma des narines, la toux et l'enrouement, la céphalée, la laryngite striduleuse, l'adénite cervicale, le renflement choréiforme, les attaques épileptiques, les convulsions, les troubles de la parole ont été rencontrés plus rarement.

En cas d'hypertrophie de l'amygdale linguale prédominent la sécheresse de la gorge avec toux d'irritation, la sensation de corps étranger, la dysphonie, l'aphonie, la dysphagie, la dyspnée, la diminution du goût. — Sur 9 cas, il y avait deux garçons et neuf filles.

Deux cent cinquante-cinq ablations ont été faites sans accident. Pas de traitement préparatoire. Pas de lavage de quelque temps après l'opération.

Sur les 701 cas aucun ne peut faire soupçonner une origine tuberculeuse. Dans 12 cas pris au hasard, examen histologique, bactériologique, inoculation sont restés absolument négatifs.

A. F. PLICQUE.

Un cas d'hémorrhagie primitive mortelle à la suite de l'ablation de végétations adénoïdes, par E. SCHMIEGELOW. (Monatschrift für Ohrenheilkunde, p. 115, n° 4 avril 1897).

Les hémorrhagies primitives à la suite de l'ablation des adé-

noides sont heureusement fort rares. Les cas d'hémorragies graves publiés (Bryson, Delavan, Cartaz, Woakes, Gellé, Beausoleil), se sont en général terminés favorablement. Si la mort survint chez un malade de Bryson-Delavan, à la suite d'une simple exploration digitale, c'est qu'il s'agissait d'un hémophilique ; Thomas French, en dehors de ce cas, en connaît trois autres cas mortels en Amérique.

Voici l'observation rapportée par Schmiegelow, dans laquelle il n'y eut aucune faute de l'opérateur et où rien ne contre-indiquait l'opération.

E. F. Monti, 12 ans, se présente le 23 septembre 1895 à la clinique de l'hôpital Frédéric à Copenhague. La malade se plaint de l'insuffisance de sa respiration nasale et d'être obligée de respirer constamment par la bouche. Elle est petite pour son âge, a la bouche toujours ouverte ; le nez est aplati latéralement. Des deux côtés du cou, en avant et en arrière du sterno-cleido-mastoïdien, nombreux ganglions tuméfiés. L'aspect de la malade est celui d'une scrofuleuse. L'exploration digitale montre le cavum pharyngo-nasal et les choanes remplis de végétations ; le doigt retiré ramène peu de sang. Un assistant maintient l'enfant qui n'est pas trop effrayée et reste tranquille pendant toute l'opération sans se raidir.

Une curette de Gottstein fut introduite dans le rétro-pharynx, et on racla d'abord deux fois sur la ligne médiane, puis inclinant légèrement le manche à gauche de façon à pouvoir agir sur le côté droit du cavum, on y pratiqua trois ou quatre raclages. Soudainement, sans qu'on eut exercé aucune violence, se fit une très profuse hémorrhagie par la bouche et le nez de sang clair, artériel. Comme il appert immédiatement qu'un gros danger menace, l'opérateur appelle des aides. La malade est portée sur une table et on pratique un tamponnement en arrière et en avant avec de la gaze iodoformée. La respiration devient difficile, la face est très pâle et légèrement cyanosée. L'hémorrhagie s'arrêta dès les tampons placés, mais, malgré cela, malgré des injections sous-cutanées et intra-veineuses de sérum salé, on ne peut ramener la respiration. Le tout se passe très rapidement ; deux ou trois fois il s'échappa du nez et de la bouche un jet de sang, et la malade s'affaissa ; son aspect était, d'après l'auteur, dès ce moment, tel que tout espoir devait être abandonné. L'on peut évaluer la perte de sang à cinq cents gr. environ.

Borrier fit le lendemain l'autopsie : le cerveau et ses vaisseaux sont remplis de sang ; la malade avait été mise la tête en bas et

pour empêcher l'anémie du cerveau on avait appliqué une ligature sur les membres. Tous les viscères étaient extraordinairement pâles. La base du crâne et le pharynx furent enlevés en totalité. On trouve que la paroi latérale droite du rétro-pharynx était lésée sur une grande étendue et à ce niveau on nota les restes de l'écoulement sanguin. Au niveau de la carotide interne on trouva une rupture irrégulière en avant du point où elle pénètre dans le canal carotidien ; par contre on ne trouve aucune lésion du vaisseau au point correspondant à la lésion du rhino-pharynx. De nombreux ganglions se trouvaient en arrière de la paroi du vaisseau. La paroi artérielle examinée au microscope apparut saine.

On ne voit pas bien comment a pu se produire l'accident ; il ne semble pas douteux que l'hémorrhagie violente ne dépendit d'une lésion de la carotide interne et que la plaie de la paroi latérale du pharynx n'ait servi de porte de sortie au sang. Mais comment la carotide interne a-t-elle été blessée.

Depuis cet accident arrivé à un confrère, S. a souvent cherché par l'exploration du cavum à sentir la carotide interne à travers la paroi latérale ; il n'y a jamais réussi. Peut-être le grand nombre de ganglions tuméfiés constatés à la région latérale du cou a-t-il eu une influence, la carotide interne se trouvant repoussée par la masse ganglionnaire sur la paroi latérale du pharynx.

La curette qui ne différait en rien de la curette habituellement employé a lésé la paroi latérale et exercé une si forte pression sur la carotide interne que celle-ci se fissa au niveau de son entrée dans le crâne.

PAUL TISSIER.

Extirpation extemporanée des polypes naso-pharyngiens par les voies naturelles, par DOYEN. (Académie de médecine, avril 1897).

Doyen présente à l'Académie un enfant auquel il a pratiqué l'ablation extemporanée d'un fibrome naso-pharyngien par les voies naturelles et propose d'appliquer cette méthode à tous les fibromes naso-pharyngiens quelque soit leur volume. Le pédicule une fois détaché, les prolongements nasaux et maxillaires qui distendent les cavités de la face sans y adhérer, sont extraits avec la masse principale de la tumeur. Leur extraction d'un seul bloc serait-elle impossible ? Le morcellement en serait aisé, inoffensif après détachement complet du pédicule. En somme, en tous cas, pour la masse principale comme pour les prolonge-

ments, l'indication formelle est celle-ci : détacher d'abord le pédicule avec la rugine. Ainsi on se met à l'abri de l'hémorrhagie.

G. LAURENS.

Éléphantiasis cartilagineuse du nez, par E. BRIAU. (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 20 juin 1897).

Bien connue et relativement fréquente est l'éléphantiasis cutanée du nez, caractérisée essentiellement par une hypertrophie de la peau de cet organe et des tissus cellulaires sous-cutanés. Mais le cas suivant rapporté par Briau est unique.

Chez le malade observé par l'auteur, à première vue, l'augmentation considérable de volume du nez, la teinte rouge carminée de la peau de cet organe pouvait laisser supposer une éléphantiasis ordinaire, mais un examen plus complet révélait bientôt une affection d'une toute autre nature. Le nez formait en effet une grosse masse, uniforme, sans bosselures à proprement parler. A ce niveau, d'autre part, la peau était lisse, tendue, sans être dure. On constatait, en outre, que cette tuméfaction diffuse était translucide, qu'elle laissait passer les rayons lumineux à la manière d'une tumeur liquide, d'une hydrocèle vaginale, par exemple. La narine droite était libre, mais la gauche était remplie par un champignon assez volumineux, saignant parfois abondamment.

Le malade fut opéré et dès la première incision on reconnut la nature cartilagineuse de ce néoplasme qu'il fallait dès lors envisager comme une variété de chondro-myxome de l'auvent nasal, développé dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Son point de départ, d'après certaines remarques faites pendant l'opération, aurait été le fibro-cartilage de l'aile du nez.

Quant à la nature exacte de ce néoplasme, l'examen histologique soulève deux hypothèses, ou bien il s'agit d'un chondrome greffé sur une éléphantiasis, ou au contraire il s'agit d'une évolution particulière du processus éléphantiasique qui aurait donné naissance à ces masses cartilagineuses.

G. LAURENS.

Des localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx, par E. JEANSELME et LAURENS (*Société médicale des Hôpitaux*, 23 juillet 1897).

Cette étude a pour base l'examen de vingt-cinq lépreux. Sur ce nombre, quinze avaient des lésions des fosses nasales, de la bouche, de la gorge et du larynx directement imputable à la lè-

pre. Ces régions sont donc atteintes dans 60 % des cas. Mais cette statistique ne concerne que les formes tégumentaires ou mixtes et non la forme nerveuse.

Un enchifrènement persistant, une accumulation de croûtes obstruant les narines, quelques épistaxis, bref un *coryza chronique banal*, telle est souvent la première manifestation extérieure de la lèpre.

Cette précocité de la rhinite lépreuse porte à penser que le bacille de Hansen pénètre souvent dans l'organisme à la faveur d'une érosion insignifiante de la pituitaire.

Parmi les signes de la lèpre nasale, celui qui prime tous les autres, c'est l'*épistaxis*. Celle-ci peut avoir l'importance d'un signe révélateur, au même titre que l'hémoptysie dite prémonitoire de la tuberculose pulmonaire.

Les progrès du catarrhe nasal modifient peu à peu la configuration du nez. Quand le cartilage de la cloison cède, deux déformations peuvent se produire : ou bien le nez se *busque*, ou bien il prend la disposition dite en *lorgnette*.

L'examen rhinoscopique rend compte des troubles fonctionnels et des autres signes de la rhinite lépreuse. La pituitaire est turgescente, érodée et tuméfiée au niveau du segment inférieur de la cloison. Le plus léger attouchement avec le stylet sur cette zone hémorrhagipare provoque un écoulement sanguin. Plus tard, le cartilage diminue de consistance et la perforation est imminente. Celle-ci se forme à l'insu du malade ; elle occupe la partie inférieure de la cloison ; elle est circulaire ou elliptique et toujours très régulière.

Quand la perforation est récente, le bord libre est épais, calleux et saigne facilement. Quand elle est ancienne, le pourtour est tranchant, la muqueuse est amincie, pâle et cicatricielle ou bien elle semble normale comme au niveau d'un orifice physiologique.

Outre le coryza lépreux, on constate souvent sur la pituitaire de nombreux tubercules.

L'olfaction persiste toujours sans modifications notables. Il n'en est pas de même de la sensibilité générale. Ici, comme au niveau du tégument externe, l'*anesthésie* s'observe dans deux circonstances différentes. Elle peut être superposée aux tubercules ou être indépendante de toute manifestation éruptive. Souvent la muqueuse de la cloison, dans toute sa hauteur (et par conséquent dans des points qui ne sont nullement altérés) est tout à fait insensible. La sensibilité thermique est toujours plus intéressée que la sensibilité tactile.

L'examen bactériologique des sécrétions nasales a fourni des données qui intéressent à la fois la séméiotique et la prophylaxie.

Dans le muco-pus de la rhinite lépreuse, comme dans le sang des épistaxis, on peut trouver le bacille de Hansen. Sur dix sujets les auteurs ont réussi à déceler, dès le premier examen, le bacille spécifique dans 6 cas. Certaines cellules étaient littéralement comblées par des microorganismes ayant les caractères morphologiques et micro-chimiques du bacille de la lèpre. Chez d'autres sujets, les bacilles étaient extra-cellulaires et disséminés dans la préparation, mais ils étaient toujours agglutinés en grand nombre, de manière à former des *buissons* ou des *boules épineuses*. Cette disposition doit être retenue, car cette intrication permet d'affirmer, sans recourir à l'inoculation expérimentale qu'il s'agit bien du bacille de la lèpre et non du bacille de la tuberculose.

Comme le coryza et les épistaxis sont souvent parmi les premiers symptômes de la lèpre, il est presumable que l'on pourrait, dès la période initiale, établir le diagnostic par l'examen bactériologique.

Mais la notion la plus importante qui découle de ces recherches, c'est que *le mucus nasal des lépreux est d'une très grande virulence* et les auteurs pensent que la rhinite est l'une des sources les plus efficaces de la propagation de la lèpre.

Les altérations de la langue, de la voûte palatine, de la gorge et du larynx peuvent simuler, à s'y méprendre, les manifestations de la période secondaire ou de la période tertiaire de la syphilis. Mais l'adjonction de l'anesthésie permet d'affirmer la lèpre, alors même qu'on serait réduit au seul examen des muqueuses pour porter le diagnostic.

L. EGGER.

Traitement des affections du sinus frontal, J. FEHLEISEN (Med. Record, 7 août 1891).

F. insiste sur la nécessité d'une opération très complète. Presque toujours quand les malades consentent à l'intervention la muqueuse est tellement malade que toute réclamation est impossible. Le mieux pour éviter toute récurrence, pour avoir une cicatrice linéaire défigurant le moins possible est d'obtenir par le sacrifice de toute la muqueuse l'oblitération complète du sinus.

Un bon point de repère après l'ouverture de la table antérieure est l'aspect de la muqueuse qui offre, à moins qu'elle n'ait été détruite par la gangrène, l'aspect d'un kyste blanchâtre, jaunâtre.

La paroi antérieure étant uniquement formé par la table externe la texture spongieuse de l'os avertit qu'on l'a dépassée. — Souvent le contenu du sinus est pulsatile. Ce fait n'indique pas forcément une perforation de la paroi postérieure et une communication intracrânienne. Il se produit toutes les fois que la paroi est très vasculaire. De telles pulsations ne sont pas rares dans l'antre d'Highmore et dans le canal médullaire des os — L'opération peut être faite même au milieu des tissus les plus enflammés. Tout au plus la cicatrisation est-elle alors troublée par un petit abcès de guérison d'ailleurs rapide. A. F. PLICQUE.

Des suppurations orbitaires consécutives aux sinusites maxillaires, par ROLLET (de Lyon). (Association française pour l'avancement des sciences, août 1897.)

L'origine sinusienne des inflammations orbitaires est souvent méconnue. Maintes fois on a publié des cas d'ostéite du plancher de l'orbite ; on rapportait ces ostéites à des causes générales ou inconnues ; l'examen du sinus n'était pas fait. Or, c'est là que l'on peut bien souvent observer le début de l'affection. L'infection des parties molles de l'orbite est consécutive à une ostéopériostite du plancher orbitaire. Or, la paroi supérieure du sinus est très mince, souvent présente des lacunes ; l'infection se propage directement du sinus à l'orbite ; ce n'est que très exceptionnellement que l'on pourra invoquer l'infection de l'orbite par voie lymphatique ou par voie veineuse.

L'ostéo-périostite du plancher orbitaire revêt généralement une forme aiguë avec symptômes généraux et locaux. Ceux-ci se caractérisent par des douleurs à la pression sur le rebord orbitaire, rougeur érysipélateuse des paupières et de la joue, chémosis, exophtalmie. Une petite tuméfaction se forme à la partie inférieure ou interne de l'orbite, s'abcède bientôt. Par l'orifice fistuleux s'échappent du pus, des masses caséiformes ou des petits séquestres. D'autres fois, il s'agit d'une ostéo-périostite à forme chronique ; on observe les signes d'un phlegmon orbitaire ou oculaire, des lésions ophtalmoscopiques.

Le diagnostic peut être très difficile. On songe à un érysipèle, à un abcès, à une névralgie dentaire, et on peut méconnaître l'origine exacte de l'inflammation.

Il ne faudra pas confondre ces ostéites symptomatiques avec les ostéites tuberculeuses et les sarcomes. Ces lésions sont généralement fort graves par les complications qu'elles entraînent : abcès cérébral, méningite, cécité.

G. LAURENS.

II. — LARYNX ET TRACHÉE

Les pulsations laryngotrachéales, par SECCHIERI (de Lendinaria) (*Gaz. degli ospedali*, 22 avril 1897).

S. étudie les pulsations transmises au larynx et à la trachée soit par les anévrysmes de l'aorte, soit par certaines tumeurs du médiastin, en particulier celles qui règnent au niveau de la deuxième vertèbre dorsale. Il indique un symptôme nouveau dû au Prof. Castellani et permettant de différencier ces deux ordres différents de secousses. Les inspirations profondes ne modifient par les secousses laryngotrachéales dues à des néoplasmes. Elles modifient les secousses dues à des anévrysmes de l'aorte.

A. F. PLICQUE.

Les aspects thérapeutiques de la causerie, des cris, du chant, du rire, des soupirs et du baillement, par HARRY CAMPBELL (*Lancet*, 17 juillet 1897).

Cet article philosophique est si plein d'intérêt qu'il serait impossible de le résumer sans lui retirer tout son charme. Les vues exprimées sont basées sur des faits physiologiques et sont exposées d'une façon agréable avec beaucoup d'observations à l'appui. Nous recommandons la lecture *in-extenso* de cette étude.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Cas de polype de l'épiglotte ; pharyngotomie sus-hyoïdienne ; autopsie, par PRIESTLEY LEECH (*Lancet*, 14 août 1897).

Cette affection est rare et offre de l'intérêt parce que l'opération qui n'est pas commune fut suivie de mort. La cause exacte du décès n'a pu être exactement déterminée.

Homme de 54 ans, souffrant de dysphagie, odynéphagie et dysphonie. A l'examen on vit une tuméfaction d'un bleu rosé grosse comme une mandarine tangerine d'apparence sessile et partant du bord libre de l'épiglotte. Pensant qu'on se trouvait en présence d'un kyste de rétention, on fit la ponction qui donna lieu à une hémorrhagie si violente qu'il fallut faire autour de la tumeur une ligature à la soie. Le lendemain l'haleine devint fétide et la tumeur se recouvrit d'un liquide muco-sanguinolent. Le malade étant très faible, on remit l'opération à la semaine suivante. On résolut de pratiquer la pharyngotomie sus-hyoïdienne pour diminuer autant que possible les risques d'hémor-

rhagie. Le malade ne pouvant rester couché, on lui fit la trachéotomie assis après lui avoir injecté sous la peau de l'hydrochlorate de cocaïne. La pharyngotomie sus-hyoïdienne fut effectuée après l'insertion d'une canule de Hahn. La tumeur fut extraite à travers la plaie et excisée avec l'extrémité de l'épiglotte. Le malade perdit fort peu de sang pendant l'opération ; il se remit bien, mais le soir même le pouls et la respiration s'accéléchèrent. Le lendemain l'haleine devint fétide, le malade était agité et il succomba le jour suivant. L'auteur ne donne pas la température (Réf.).

Au microscope on voit du tissu vasculaire fibro-cellulaire. Aucune trace d'affection maligne.

L'auteur attribue le décès au shock qui suivit l'opération sitôt après l'hémorrhagie. A propos de l'opération elle-même elle s'effectue aisément et on voit magnifiquement l'épiglotte et la partie supérieure du larynx.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Obstruction laryngée congénitale, par G. A. SUTHERLAND et H. L. LACK (*Lancet*, 11 septembre 1897).

Cette affection doit être considérée comme une forme d'obstruction laryngée persistante débutant à la naissance ou peu de temps après et accompagnée d'un sifflement particulier. Les observations suivantes sont basées sur 18 cas bien marqués.

Aucun fait important n'a été reconnu comme cause prédisposante. L'affection ne paraît pas héréditaire, ni dépendre de l'accouchement. On observe habituellement le sifflement au moment de la naissance ou aussitôt après, et c'est en général seulement par le bruit respiratoire que les parents s'en aperçoivent. La plupart des malades étaient bien nourris et en parfaite santé apparente ; ils ne semblaient nullement incommodés par l'obstruction laryngienne. On ne signalait aucune autre maladie simultanée ; un seul enfant était syphilitique, et on rencontra quelques cas de rachitisme chez les bébés au-dessus de trois mois, mais pas plus souvent que chez les malades hospitalisés.

L'inspiration commence par un bruit de coassement et se termine par une note suraiguë ; l'expiration est accompagnée d'un court grognement quand le sifflement est bruyant ; mais d'autres fois elle est silencieuse. Le sifflement inspiratoire est toujours beaucoup plus marqué que le bruit expiratoire.

La cyanose peut faire totalement défaut, il est rare qu'elle persiste, mais cela se produisit dans le seul cas mortel. Il exis-

tait de la rétraction du thorax et de l'abdomen chez tous les malades excepté dans les cas les plus bénins, mais comme le sifflement, ce symptôme était intermittent et d'une intensité variable. Dans aucun des cas examinés on n'eut affaire à des hypertrophies importantes des amygdales ou à des végétations adénoïdes bien prononcées, et jamais on n'observa aucun des accidents accompagnant ordinairement ces affections. Sous ce rapport les auteurs concordent avec l'opinion de Mc Bride et divergent d'Eustace Smith et de Robertson qui considèrent les végétations adénoïdes comme un facteur étiologique important de l'affection. On examina le larynx de six malades et on remarqua toujours les signes caractéristiques suivants. L'épiglotte est repliée sur elle-même, les deux replis latéraux étant opposés l'un à l'autre et parfois en contact. Les replis aryéno-épiglottiques étaient rapprochés et l'orifice supérieur du larynx réduit à une fente longue et étroite. Les replis minces limitant l'ouverture étaient presque flasques et allaient et venaient avec la respiration.

La colonne d'air traversant ces replis les rapprochait et les séparait de nouveau lors de l'expiration. Dans certains cas, ceux qui produisaient un son pur, on percevait distinctement les vibrations des replis. Rarement on distinguait les cordes vocales qui étaient blanches et tout à fait normales.

Chez un enfant bien portant du reste, le sifflement tendait à augmenter pendant quelques semaines ou quelques mois après la naissance, puis il subsistait plus ou moins stationnaire jusqu'au huitième ou neuvième mois, ensuite il diminuait graduellement et disparaissait vers dix-huit mois ou deux ans.

Quant à la pathologie de l'affection, les auteurs sont convaincus qu'elle dépend de l'action valvulaire de la portion supérieure de l'orifice laryngien, une chute à l'intérieur de ses parois latérales durant l'inspiration, dépendant en partie d'une malformation congénitale particulière du larynx, et en partie de la flaccidité de ces régions chez l'enfant. Lorsque ce dernier grandit, la malformation persiste, mais le sifflement cesse quand les parties formant l'orifice laryngé supérieur sont plus résistantes. On pourra objecter que l'état du larynx ci-dessus décrit est en réalité le type normal du larynx infantile; mais on le rencontre quelque fois chez l'adulte. Un des auteurs a systématiquement examiné le larynx de tous les enfants qui lui ont été amenés durant ces derniers mois et il a toujours vu cette malformation exister dans les seuls cas d'obstruction. La théorie spasmo-

dique de l'affection nous semble insoutenable d'après les apparences, et elle ne suffirait pas à expliquer dans certains cas la persistance de l'obstruction pendant des mois, et même durant le sommeil, l'anesthésie chloroformique, etc.

Le diagnostic de cette maladie est aisé pour tous ceux qui en ont vu un cas. Le point principal est le sifflement particulier qui se fait entendre toute la journée et même la nuit, avec de courts intervalles de respiration tranquille, l'existence de l'obstruction respiratoire sans gêne apparente, et les cris bruyants. De plus l'aspect laryngoscopique est absolument caractéristique. Il suffira de faire attention aux détails ci-dessus pour distinguer la maladie des affections qui lui ressemblent : 1° laryngisme striduleux et autres formes de spasme glottique survenant à l'occasion avec des tumeurs rétro-nasales, cris excessifs, etc. ; 2° laryngites de l'enfance ; 3° papillômes laryngiens.

Le pronostic est favorable, mais on n'oubliera pas que l'obstruction respiratoire peut entraîner la mort par suffocation. On peut être obligé de pratiquer la trachéotomie ; autrement le traitement sera général.

Les auteurs donnent peu de renseignements sur la littérature médicale à ce propos et annexent une bibliographie à leur mémoire.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Mutisme hystérique et autres troubles fonctionnels de la parole,
par H. CHARLTON-BASTIAN (*Lancet*, 25 septembre 1897).

Leçon traitant des divers troubles de la parole. La bibliographie est très étendue et l'article devra être lu par tous ceux qui s'intéressent aux névroses du larynx.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Du tubage du larynx dans les opérations sur la cavité naso-buccale, la plèvre et le poumon, par DOYEN (Académie de médecine, 20 avril 1897.)

L'auteur présente une canule spéciale à tubage du larynx dont il fait usage pour les opérations de staphylorrhaphie, les opérations sur le poumon et qu'on pourrait employer dans l'extraction des polypes naso-pharyngiens, où le sang menace d'obstruer les voies aériennes.

Les canules laryngées, qui se placent aisément chez l'adulte comme chez l'enfant, à l'aide d'une pince courbe, permettent de faire la narcose à distance, comme la canule à trachéotomie de Trendelenbourg, mais par les voies naturelles.

G. LAURENS.

Rétention des tubes laryngés. Causes et traitement, par J. O'DWYER
(*Archives of Pediatrics*, juillet 1897.)

L'auteur entend par rétention des tubes la nécessité de continuer le port du tube longtemps après la disparition de l'affection primitive. La cause de la sténose consécutive au tubage peut être exprimée d'un mot, c'est le traumatisme ; la paralysie des cordes vocales est une exception à cette règle.

Le traumatisme est causé par un tube qui ne va pas au larynx, soit mal construit, soit trop volumineux, soit simplement mal nettoyé ; le traumatisme peut évidemment être imputable à des mains inexpérimentées qui tâtonnent soit pour placer, soit pour extraire le tube. Le siège de la lésion se trouve dans l'espace sous-glottique ou cricoïdien ; rarement à la base de l'épiglotte, causée alors par la tête du tube. En examinant des coupes transversales de larynx normaux et diphthériques, il est facile de se rendre compte de la disproportion qui existe en général entre le calibre du tube et la lumière de l'espace sous-glottique plus ou moins rétrécis par l'inflammation ; la pression du tube mortifie les tissus, ou bien, si la pression ne va pas aussi loin, elle cause une gêne circulatoire suffisante pour produire un œdème dont la persistance devient une cause de rétention du tube ; il est heureux en somme, que la tuméfaction soit souvent telle que le tube indiqué par l'âge de l'enfant ne puisse pénétrer, on en prend un plus fin qui se trouve bientôt à l'aise et ne comprime plus. Cliniquement on voit d'abord l'enfant se passer du tube plusieurs heures, la plus grande partie de la journée ; puis les intervalles diminuent et on arrive enfin à voir l'accès de dyspnée suivre presque immédiatement l'extraction du tube ; c'est que la sténose ne se produit d'abord que dans la région sub-glottique et il faut un certain temps pour que la muqueuse, comprimée entre le cartilage et le tube, se tuméfie ; plus tard il existe des tissus œdématisés qui obstruent la glotte aussitôt qu'elle est débarrassée du tube, le retour de la sténose est immédiat. Dans d'autres cas moins fréquents, la sténose résulte de la présence de bourgeons charnus soit au-dessous de la glotte, soit sur la face antérieure du larynx immédiatement au-dessous des cordes vocales supérieures, au point qui répond à la plus grande dimension de la tête du tube. Dans un cas, très exceptionnel, l'auteur a vu la destruction complète du cricoïde ; l'enfant fut tubé à l'hôpital à l'âge de trois ans au cours d'une diphthérie ; au bout de huit jours il fallut, au lieu de supprimer le tube, en mettre un plus gros, puis celui des enfants de 8 à

10 ans, puis un tube spécial, mais aucun ne restait en place; aussitôt le tube expulsé l'apnée devenait complète; dans un de ces accès l'enfant succomba, le médecin n'étant pas accouru assez vite et l'autopsie apprit qu'il ne subsistait que d'insignifiants fragments du cricoïde, si bien que les tissus collaient aussitôt que le soutien du tube leur faisait défaut. La paralysie des muscles du larynx ne paraît pas faire partie des causes de rétention du tube, l'auteur n'a pas vu de cas justiciables de cette interprétation.

Le traitement de la rétention du tube consiste dans le port de tubes de petits calibres et de forme appropriée; il faut avoir des tubes dont la tête répond à l'âge de l'enfant, tandis que le renflement et le calibre en général sont ceux d'un ou de deux numéros au-dessous dans ces conditions les parties ulcérées et tuméfiées pourront se cicatriser lentement sans donner lieu à un rétrécissement cicatriciel, comme on en voit se produire lorsqu'on fait une trachéotomie pour supprimer le tubage prolongé. Si les tubes étaient faits d'une substance qui ne s'encrasse pas, on devrait les laisser en place longtemps, huit, dix jours et plus, la cicatrisation se ferait sans être interrompue par les manœuvres toujours nuisibles de l'extraction et de la réintroduction du tube, mais les tubes métalliques s'incrassent de calcaires qui les rendent rugueux et ulcéchants et les obstruent en partie, on est obligé de les changer pour les nettoyer au moins tous les cinq jours. Quand la sténose est causée par les bourgeons charnus partis d'ulcérations épiglottiques, il faut faire porter un tube à tête spéciale, haute, qui ne se laisse pas déborder par les bourgeons, ces cas sont parfois d'un traitement bien pénible.

Sur 335 cas de croup l'auteur a eu un cas de rétention durant vingt-neuf jours, un autre durant onze semaines, un troisième de vingt-sept jours, deux de vingt-quatre jours et quelques autres de durée moindre; dans tous ces cas la guérison a été obtenue par l'usage de tubes de très petits calibres à tête suffisante; en dehors de ces cas personnels l'auteur a eu à s'occuper de 23 à 30 cas de rétention de tubes et presque toujours on s'était servi pour le premier tubage du tube 3-4, qui est de trop gros calibre, ce petit tube doit être réduit encore; c'est le tube des enfants de 2 ans qu'il faut prendre pour les malades de 3-4 ans, pour éviter de blesser et de comprimer la paroi sous-glottique.

En terminant, l'auteur cite une observation fort instructive à plusieurs égards. Un enfant est tubé à l'âge de 3 ans au cours d'une diphthérie, il a de la rétention et garde le tube deux

mois ; à 6 ans, au cours d'une rougeole il est pris de dyspnée intense, sans angine ; la respiration, très pénible, est silencieuse, ce qui montre que la sténose est sous-glottique, la petite colonne d'air qui s'échappe ne suffit pas pour faire vibrer les cordes vocales. On introduisit le tube 6-7, mais il fallut forcer ; aussi descendit-on graduellement au tube 3 ; l'enfant pouvait d'abord rester sans tube jusqu'à vingt-heures, puis quinze, puis onze heures seulement, puis l'asphyxie menaça au bout de cinq minutes, il était survenu évidemment de l'œdème, d'abord modéré, puis croissant et persistant. Deux mois de traitement par divers tubes ne donnèrent aucun résultat. L'auteur eut alors l'idée d'appliquer sur le tube, entre la tête et le renflement de la gélatine chaude, saupoudrée d'une bonne couche d'alun que l'on fit pénétrer dans la gélatine ; une fois sec, ce tube fut mis en place et retiré au bout de cinq jours ; l'enfant put s'en passer une demi heure ; la même chose fut répétée trois fois, après quoi la guérison fut complète ; la voix se rétablit presque immédiatement malgré le port d'un tube durant soixante-dix-neuf jours.

Cet enfant avait certainement gardé un rétrécissement cicatriciel dès l'âge de 3 ans, rétrécissement qui se manifesta seulement des années plus tard à l'occasion d'une laryngite.

L'auteur considère comme fréquents les cas où un rétrécissement de l'espace sous-glottique, consécutif à la trachéotomie, ne se manifeste que dans l'adolescence, lorsque la disproportion entre le calibre de la trachée et le volume d'air nécessaire, devient considérable.

M. N. W.

Canule à trachéotomie facile à improviser, par HOFMANN (*Centralb. für Chir., in Gaz. méd. de Paris, 1^{er} mai 1897*).

L'auteur conseille de se servir, pour improviser une canule à trachéotomie, d'un simple tube à drainage de 8 centimètres de long et de un demi centimètre de diamètre. Cette canule serait facile à supporter et conviendrait tout particulièrement aux opérés qui doivent longtemps conserver la fistule trachéale, pour les malades atteints de cancer du larynx par exemple.

Pour maintenir cette canule en place, il suffit de diviser le bout externe sur une longueur d'un centimètre et demi environ et d'attacher aux valves les cordons qui doivent fixer l'instrument, ce qui est facile.

Si la canule doit servir pour parler, on peut y pratiquer un orifice à l'endroit voulu, orifice dont les bords seront arrondis.

G. LAURENS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANGLETERRE

Oreille.

T. Barr. Manuel des maladies de l'oreille et des affections du nez et de la gorge en rapport avec l'oreille, à l'usage des étudiants et des praticiens (2^e édition. J. Maclehose, éditeur, Glasgow, 1896).

S. Walker. Affection mastoïdienne compliquée par un abcès cérébelleux (*Leeds and West Riding med. Chir. Soc.*; in *Brit. med. journ.*, 21 novembre 1896).

W. Ridley. Opération pour thrombose du sinus latéral (*Northumberland and Durham med. Soc.*; in *Brit. med. journ.*, 21 novembre 1896).

Sir W. B. Dalby. Courtes contributions à la chirurgie de l'oreille (1/2 8^e de 152 pages, 3^e édition, J. et A. Churchill, éditeurs, Londres, 1896).

Dundas Grant. Mastoïdite opérée avec amélioration immédiate des nausées et de la céphalalgie (*Brit. Lar. Rhin. and Otol. Ass.*; *Journ. of Lar. Rhin. and Otol.*, janvier 1897).

Oliver. Double hématoïde de l'oreille (*Brit. med. journ.*, 9 janvier 1898).

Larynx et Trachée

G. S. Middleton. Un cas d'hémoptysie et d'emphysème chirurgical à la suite d'une fracture d'un larynx nécrosé (*Glasgow med. journ.*, novembre 1894).

Bennett. Immobilité de la corde vocale gauche (Comptes rendus de la *Soc. de Lar.* de Londres, séance du 10 octobre 1894).

A. Bronner. I. Fibrôme cystique de la corde vocale gauche. II. Epithélioma de l'épiglotte (Comptes-rendus de la *Soc. de Lar.* de Londres, séance du 10 octobre 1894).

De Havilland Hall. Cas de tuberculose chronique (?) du larynx (Comptes rendus de la *Soc. de Lar.* de Londres, séance du 10 octobre 1894).

Scanes Spicer. Sténose laryngée au cours de la fièvre typhoïde (Comptes rendus de la *Soc. de Lar.* de Londres, séance du 10 octobre 1894).

Browne (Lennox). La gorge, le nez et leurs maladies (4^e édition revue et augmentée avec 235 gravures et 120 figures en couleur, Baillière, Tindall et Cox, éditeurs, Londres, 1894).

S. Paget. Affection maligne du larynx (*Pathol. Soc. of London*, 20 novembre, in *Brit. med. journ.*, 24 novembre 1894).

G. H. Mackenzie. Rhumatisme du larynx (*Edinburgh med. journ.*, décembre 1894).

C. Campbell. Traitement des affections respiratoires au moyen d'injections de médicaments à travers le larynx (*Royal med. and chir. Soc.*, 27 novembre; in *Brit. med. journ.*, 1^{er} décembre 1894).

S. Spicer. Examen du larynx et ablation des tumeurs laryngées chez les enfants (*Brit. med. journ.*, 1^{er} décembre 1894).

Lediard. Un demi souverain logé dans le larynx et ultérieurement dans la bronche gauche (*Lancet* 13 octobre 1894).

A. A. Bowlby. Tuméfaction du côté gauche du larynx, avec paralysie et atrophie du côté gauche de la langue et du voile du palais, et périchondrite (Comptes rendus de la *Soc. Lar.* de Londres, 14 novembre 1894).

A. Bronner. Pachydermie avec périchondrite (Comptes rendus de la *Soc. Lar.* de Londres, 14 novembre 1894).

E. G. Crisp. Angiôme de la corde vocale ? (Comptes rendus de la *Soc. Lar.* de Londres, 14 novembre 1894).

F. W. Bennet. Congestion chronique du larynx (Comptes rendus de la *Soc. Lar.* de Londres, 14 novembre 1894).

C. J. Symonds. I. Affection tuberculeuse du larynx. II. Epithélioma précoce de la corde vocale (Comptes rendus de la *Soc. Lar.* de Londres, 14 novembre 1894).

Paul et Hunt. Deux cas de sarcomes du larynx un an après l'opération (*Liverpool med. Inst.* 29 novembre ; in *Brit. med. journ.*, 8 décembre 1894).

J. Dundas Grant. Papillômes du larynx enlevés au moyen de la pince laryngienne de l'auteur (*Brit. Lar. and Rhin. Ass.*, 13 octobre ; in *journ. of Lar. Rhin. and Otol.*, décembre 1894).

W. P. Northrup. Traitement de la sténose laryngée aiguë (*Brit. med. journ.*, 29 décembre 1894).

J. O'Dwyer. Intubation dans le traitement des sténoses chroniques du larynx (*Brit. med. journ.*, 29 décembre 1894).

A. Hodgkinson. I. Miroir laryngien. — II. Laryngoscope (Comptes rendus de la *Soc. lar.* de Londres, 9 janvier 1895).

Percy Kidd. Sténose laryngée ; tumeur polypoïde de la corde vocale gauche probablement syphilitique (Comptes rendus de la *Soc. lar.* de Londres, 9 janvier 1895).

A. Henning. Etudes peintes à l'huile d'affections laryngées et nasales (Comptes rendus de la *Soc. lar.* de Londres, 9 janvier 1895).

Dundas Grant. Enrouement limité au registre inférieur de la voix (Comptes rendus de la *Soc. lar.* de Londres, 9 janvier 1895).

Willcoks. Fixation de la corde vocale droite (Comptes rendus de la *Soc. lar.* de Londres, 9 janvier 1895).

W. Permewan. Paralysies laryngées dans les affections chroniques nerveuses (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, février 1895).

A. A. Bowlby. I. Paralysie double des abducteurs d'origine incertaine, associée à un bronchocèle kystique et à de la dyspnée ; opération ; amélioration. — II. Anévrisme de l'arc aortique comprimant le pneumogastrique gauche et les nerfs récurrents laryngés et la trachée avec parésie abductrice de la corde droite (Comptes rendus de la *Soc. lar.* de Londres, 12 décembre 1894).

Butlin. Laryngite chronique (Comptes rendus de la *Soc. lar.* de Londres, 12 décembre 1894).

R. Lake. Canule à trachéotomie ayant séjourné 11 ans (Comptes rendus de la *Soc. de lar.* de Londres, 12 décembre 1894).

S. Spicer. I. Paralyse de la corde vocale gauche associée à une paralysie du voile du palais d'origine diphthérique probable. — II. Anévrisme de l'arc acoustique avec paralysie de la corde vocale droite (Comptes rendus de la Soc. de lar. de Londres, 12 décembre 1894).

C. J. Symonds. I. Ankylose de l'articulation aryténoïdienne gauche. — II. Ulcération tuberculeuse de l'épiglotte traitée par le curettage et l'acide lactique. — III. Pachydermie laryngée (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 12 décembre 1894).

Parker. Sténose laryngée, lupus probable (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 12 décembre 1894).

C. J. Symonds. I. Paralyse de la corde vocale gauche. — II. Paralyse de la corde vocale gauche à la suite d'un accident. — III. Pachydermie laryngée (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 février 1895).

Tilley. Pachydermie laryngienne (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 février 1895).

Wherry. Tumeurs du larynx enlevés par une opération (*Cambridge med. soc.*, 1^{er} février; in *Brit. med. journ.*, 9 mars 1895).

G. Heaton. Papillômes du larynx (*Midland med. soc.*, 6 mars; in *Brit. med. journ.*, 16 mars 1895).

Wolfenden. Papillôme récidivant, épithélioma et laryngo-fissure (*Brit. lar. and rhin. ass.*, 11 janvier; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, mars 1895).

Wilkin. Laryngite syphilitique ancienne associée à une gomme du sommet droit (*Brit. lar. and rhin. ass.*; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1895).

Dundas Grant. Un cas de diplophonie (*Brit. lar. and rhin. ass.*; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1895).

Whistler. Paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales (*Brit. lar. and rhin. ass.*; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1895).

Moritz. Agglutination des cordes vocales (*Manchester med. soc.*, 6 mars; in *Brit. med. journ.*, 23 mars 1895).

Gamgee. Quelques remarques concernant la trachéotomie chez les enfants (*Birmingham med. review*, mars 1895).

J. Carslaw. Corps étranger des voies aériennes; trachéotomie; pneumothorax; guérison (*Glasgow med. journ.*, avril 1895).

G. H. Mackenzie. Hémiplegie laryngée dépendant d'un papillôme malin du cerveau (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, avril 1895).

J. M. Booth. Tumeur intra-laryngienne extraite par la thyrotomie (*Brit. med. journ.*, 27 avril 1895).

F. Semon. Identité pathologique probable des diverses formes d'inflammations aiguës septiques de la gorge, décrites jusqu'ici sous les noms d'œdème aigu du larynx, laryngite œdémateuse, érysipèle pharyngé et laryngé, phlegmon du pharynx et du larynx, et angine de Ludwig (*Royal med. and chir. soc.*, 23 avril; in *Brit. med. journ.*, 27 avril 1895).

Foxwell. Carcinôme du larynx (*Birmingham and Midland Connities branch of the Brit. med. ass.*; in *Brit. med. journ.*, 4 mai 1895).

E. M. Brockbank. Pouls paradoxal dans la laryngite aiguë (*Brit med. journ.*, 11 mai 1895).

N. C. Haryng. Tension laryngée (*Journ. of lar. rhin., otol.*, mai 1895).

F. Marsh. Adénomes récidivants du larynx (*Birmingham and Midland Counties Branch of the Brit. med. ass.*, 26 avril; in *Brit. med. journ.*, 25 mai 1895).

Heaton. Thyrotomie pour papillômes laryngés (*Birmingham and Midland Counties Branch of the Brit. med. ass.*, 26 avril; in *Brit. med. journ.*, 25 mai 1895).

Dundas Grant. Dysphonie avec parésie du muscle aryténoïdien (*Brit. lar. ass.*; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, juin 1895).

Dundas Grant. Un cas de laryngite tuberculeuse (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 10 avril 1895).

Hunt. Préparations microscopiques de papillômes multiples du larynx (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 10 avril 1895).

P. Kidd. Sténose laryngée; tumeur polypoïde de la corde vocale gauche (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 10 avril 1895).

F. Semon. Papillôme fibreux très grand et dur du larynx ayant causé l'immobilisation de la corde vocale opposée (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 10 avril 1895).

J. B. Ball. Paralysie de la corde vocale droite (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, mai 1895).

Butlin. Paralysie de la corde vocale droite d'origine incertaine (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 8 mai 1895).

Dundas Grant. Sténose laryngée (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 8 mai 1895).

W. Hill. Périchondrite syphilitique du larynx (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 8 mai 1895).

A. A. Kanthack et W. J. Horne. Pachydermie syphilitique diffuse (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 8 mai 1895).

C. J. Symonds. Pachydermie laryngée (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 8 mai 1895).

H. Tilley. Affection laryngienne (*Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres*, 8 mai 1895).

F. Massei. Traitement des sténoses laryngées chroniques (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, 25 juillet 1895).

H. Krause et Gleitsmann. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, 25 juillet 1895).

T. Heryng. Technique du traitement chirurgical de la phtisie laryngée (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, 25 juillet 1895).

D. Bryson Delavan et H. T. Butlin. Indications pour le traitement radical précoce des affections malignes du larynx (*Brit. med. ass. sect. of lar.*, 2 août; *Brit. med. journ.*, 26 octobre 1895).

F. Semon. Enseignement post-gradué de la laryngologie (*Brit. med. journ.*, 24 août 1895).

J. S. R. Russell. Représentation de l'abduction des cordes vocales dans l'écorce cérébrale (*Brit. med. journ.*, 24 août 1895).

A. Hodgkinson. Vibrations des cordes vocales (*Brit. med. journ.*, 24 août 1895).

C. R. Illingworth. Quelques points d'anatomie et de physiologie du larynx (*Brit. med. journ.*, 24 août 1895).

NOUVELLES

XIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris 1900.

Commission générale

Sectionnement.

I

SCIENCES BIOLOGIQUES

- A. Anatomie descriptive et comparée, MM. FARABEUF, MILNE-EDWARDS, POIRIER.
- B. Histologie et embryologie, MM. BALBIANI, MATHIAS-DUVAL, RANVIER.
- C. Physiologie, physique et chimie biologiques, MM. d'ARSONVAL, CHAUVÉAU, DASTRE, GABRIEL, GAUTIER, MARET, MOISSAN, CH. RICHET.
- D. Anthropologie, MM. MATHIAS-DUVAL, HAMY, LABORDE.

II

MÉDECINE

- A. Pathologie générale et pathologie expérimentale, MM. BOUCHARD, CHANTEMESSE, CHAUVÉAU.
- B. Bactériologie et parasitologie, MM. BLANCHARD, DUCLAUX, LABOULBÈNE, METSCHNIKOFF, NOCARD, ROUX.
- C. Anatomie pathologique, MM. CORNIL, MALASSEZ.
- D. Pathologie interne, MM. DEBOVE, DIEULAFOY, DUGUET, HAYEM, HÉRARD, JACCOUD, POTAIN, RENDU.
- E. Hygiène et pathologie médicale de l'enfance, MM. BERGERON, COMBY, GRANCHER, HUTINEL, SEVESTRE.
- F. Thérapeutique et pharmacologie, MM. BECQUOY, LANDOUZY, LEREBOUTLET, POUCHET.
- G. Neuropathologie, MM. BRISSAUD, DÉJÉRINE, MARIE, RAYMOND.
- H. Psychiatrie, MM. BALLET, JOFFROY, MAGNAN, MOTET.
- I. Dermatologie et maladies vénériennes, MM. BESNIER, FOURNIER, HALLOPEAU, TRIBIERGE.

III

CHIRURGIE

- A. Chirurgie générale, MM. BERGER, L. CHAMPIONNIÈRE, DUPLAY, L. LABBÉ, LE DENTU, TILLAUX.
- B. Chirurgie de l'enfance, MM. LANNELONGUE, JALAGUIER, KIRMISSON.
- C. Chirurgie urinaire, M. F. GUYON.
- D. Ophtalmologie, M. PANAS.
- E. Laryngologie, rhinologie et otologie, MM. CASTEX, GELLÉ, GOUGUENHEIM, LERMOYEZ.

IV

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

- A. Obstétrique, MM. BUDIN, CHAMPETIER DE RIBES, PINARD.
- B. Gynécologie, MM. BOUILLY, POZZI, RICHELOT, SEGOND, TERRIER.

V

MÉDECINE PUBLIQUE

A. Hygiène, médecine sanitaire et épidémiologie, MM. BROUARDEL, A. J. MARTIN, NETTER, PROUST.

B. Médecine légale, BROUARDEL.

C. Médecine et chirurgie militaires. Médecine navale. Médecine coloniale, MM. CHAUVEL, CUNéo, DIEU, DEJARDIN, BRAUMETZ, KELSCH, KERMORGANT, LAVERAN.

Membres provinciaux de la Commission générale.

Bordeaux, MM. DE NABIAS, ARNOZAN, DEMONS, PITRES. — Lille, MM. DE LA PERSONNE, DEBIEHRE, FOLET, CALMETTES. — Lyon, MM. LORTET, ARLOING, LA-CASSAGNE, LÉPINE, OLLIER, PIERRET, PONCET, TRISSIER. — Montpellier, MM. MAIRET, FORGUE, GRASSET. — Nancy, MM. HEYDENREICH, HERGOTT, SPILLMANN. — Toulouse, MM. LABÉDA, JEANNEL, MOSSÉ. — Alger, M. BRUCH. — Amiens, M. PRUGNIEZ. — Angers, M. LEGLUDIC. — Besançon, M. CHAPOY. — Caen, M. AUVRAY. — Clermont, M. BOUSQUET. — Dijon, M. DEROYE. — Grenoble, M. BORDIER. — Limoges, M. CHÉNIEUX. — Marseille, M. C. LIVON. — Nantes, M. A. MALHERBE. — Poitiers, M. CHÉDEVÈGNE. — Reims, M. HENROT. — Rennes, M. DELACOUR. — Rouen, M. R. BRUNON. — Tours, M. BARNÉBY. — Le Mans, M. DELAGENIÈRE. — Tunis, M. LOIR.

SECTION DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

Les membres de la Commission générale chargés de constituer cette section, se sont adjoints un *Comité d'organisation*.

Celui-ci s'est réuni le vendredi 29 avril 1898 et a décidé, à l'unanimité des membres présents, qu'il y avait lieu de suivre l'exemple donné par les précédents Congrès et de se subdiviser en deux sous-sections. En font partie :

I. Sous-section d'Otologie

MM. GELLÉ, *président*; CASTEX, *secrétaire*; BOUCHERON; DUPLAY; LADREIT DE LA CHAÎNIÈRE; LAMNOIS; LÖWENBERG; LUBET-BARBON; MENIÈRE; MIOT; NIMIER.

II. Sous-section de Rhinologie et Laryngologie

MM. GOUGUENHEIM, *président*; LERMOYEZ, *secrétaire*; CARTAZ; CHATELLIER; GAREL; LUC; A. MARTIN; MOURA-BOUROUILLON; MOURE; POYET; RUACLY.

N. B. — Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées: soit à M. le Dr CASTEX, 30, avenue de Messine, à Paris (Otologie), soit à M. le Dr LERMOYEZ, 20^{bis}, rue La Boétie, à Paris (Rhinologie et Laryngologie).

La section méridionale de la *Société américaine de laryngologie, rhinologie et otologie*, s'est réunie à Atlanta, le 28 mars dernier, sous la présidence du Dr A. W. Calhoun.

Programme.

J. H. WILLIAMS (Asheville). Vertige labyrinthique. — J. L. MINOR (Memphis). Audition chromatique. — R. P. COX (Rome, Ga). Observation d'hémorrhagie consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes. — D. A. KUYK (Richmond Va). Symptômes et traitement de l'hypertrophie de l'amygdale linguale. — E. B. DENCH (New-York). Thrombose du sinus latéral due à une otite moyenne non supprimée. — J. O. Mc REYNOLDS (Dallas). Othématome et périchondrite du pavillon. — W. F. WESTMORELAND (Atlanta). 27 cas de trachéotomie pour corps étrangers des voies aériennes. — R. A. WRIGHT (Mobile). Empyème des sinus du nez. — E. P. SALE (Memphis). Influence exercée sur le développement du système nerveux de l'enfant par les végétations adénoïdes naso-pharyngiennes. — L. M. CRICHTON (Atlanta). Observations de fibrômes du nez.

— E. C. ELLEST (Memphis). Une forme de diphthérie nasale primitive. — A. C. PALMER (Richmond, Va.). Importance de l'examen du nez dans la toux. — B. WOLFF (Atlanta). Intubation du larynx pour des sténoses membraneuses. — N. B. JENKINS (Knoxville). Respiration buccale. — J. F. WOODWARD (Norfolk). Affections mentales dans l'hypertrophie des cornets ou sténoses nasales. — W. F. COLE (Waco). Découverte sur la physiologie de l'oreille. — M. M. STAPLER (Macon). Catarrhe de l'oreille moyenne. — B. F. TRAVIS (Chattanooga). Un cas d'ethmoïdite. — T. E. MITCHELL (Columbus). Deux observations intéressantes d'inflammation mastoïdienne. — A. G. HOBBS (Atlanta). Respiration buccale chez les enfants, due aux végétations adénoïdes. — N. C. STEEL (Chattanooga). Le naso-pharynx dans les affections du larynx. — S. L. LEDBETTER (Birmingham, Alab.). Cholestéatome mastoïdien. — A. W. STIRLING (Atlanta). Affections des sinus. — F. M. MULLINS (Fort Worth). Observations. — F. M. HANGER (Staunton). Empyème des sinus du nez. — L. B. GRANDY (Atlanta). Bon hémostatique pour les opérations nasales. — J. F. HILL (Memphis). Traitement de la rhinite hypertrophique. — W. E. CAMPBELL (Atlanta). Sérothérapie de l'ozène. — D. ROY (Atlanta). Abscès péritonéaux.

Le 5^e Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie se tiendra à Liège, du 25 septembre au 30 octobre 1898.

L'Association médicale du Missouri se réunira à Excelsior Springs, les 24, 25 et 26 mai.

Nous voyons à l'ordre du jour :

L. J. MATTHEWS (Joplin). Valeur de l'antitoxine diphthéritique dans le traitement du croup pseudo-membraneux. — S. S. DAVIS (Fulton). Traitement du catarrhe naso-pharyngien par le praticien. — J. R. FRITTS (Mexico). Deux cas d'occlusion des fosses nasales postérieures. — H. W. LÖBE (Saint-Louis). Traitement des hypertrophies amygdaliennes chroniques, d'après la théorie moderne de l'infection par la tonsille. — P. PAQUIN (Saint-Louis). Rétrécissement œsophagien.

Les 28 et 29 mai prochain se tiendra, à Göttingue, la réunion annuelle de la Société allemande d'otologie.

Les laryngologistes de l'Allemagne du sud tiendront leur 5^e réunion, à Heidelberg, le 30 mai.

Le Prof. Schech (Münich) lira un rapport sur la laryngite exsudative.

Communications annoncées :

1. SCHECH (Münich). Sur la pathologie de la carie du sphénoïdal. — 2. SEIFERT (Wurzburg). Sur les rapports entre les affections nasales et oculaires. — 3. AVELLIS (Francfort s/M.). Qu'est-ce que le bruit laryngien respiratoire typique des nourrissons ? — 4. KILLIAN (Fribourg en B.). Sur la bronchoscopie directe. — 5. HEDDERICH (Augsbourg). Présentation.

Notre collaborateur et ami, le D^r M. Lannois, agrégé libre, a été chargé, pour l'année 1897-98, d'un cours complémentaire des maladies du larynx, des oreilles et du nez à la Faculté de Lyon; nous lui adressons nos bien sincères félicitations pour cette nomination si justifiée.

Par arrêté du Directeur de l'Assistance publique, en date du 14 avril 1898, le docteur Georges LAURENS, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé, pour une période de deux années, assistant du service spécial d'oto-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine.

Les *Archives internationales de Laryngologie*, qui avaient momentanément cessé de paraître au commencement de cette année, viennent d'être reprises par le Dr Saint-Hilaire, médecin de l'Institut de sourds-muets du département de la Seine. Rien n'est changé à leur mode de publication bimestriel.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPREPTIQUE DE CHOUBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze, chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

Sirop et Pâte Berthé à la *codéine*. — Calmants pectoraux et somnifères très efficaces contre toutes les souffrances des femmes et des enfants.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Handbuch der laryngologie und rhinologie (Manuel de laryngologie et rhinologie, par P. HEYMANN (fasc. 22, A. Hölder, éditeur, Vienne, 1898).

Ein Fall von Doppelthören (Un cas de diplacousie), par M. BREITUNG Tiré à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 9, 1898).

Sulla tossicità del bacillo di Loeffler in rapporto alla sua morfologia (Sur la toxicité du bacille de Loeffler en rapport avec sa morphologie, par L. CONCETTI et G. MEMMO (Extrait degli *Annali d'igiene sperim.*, fasc. 1, 1898).

Complicazioni endo-craniche della otite media purulenta (Complications endo crâniennes de l'otite moyenne purulente), par C. POLI (Extrait de l'*Archiv. ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1898).

Zur therapie der muschelhypertrophieen (Sur le traitement de l'hypertrophie des cornets), par H. HECHT (Tiré à part de l'*Archiv. f. laryngol.* Bd 7, h. 2, u. 3).

Zur Ozänafrage (Sur la question de l'ozène), par H. HECHT (Tiré à part de la *Munch. med. Woch.*, n° 7, 1898).

Zur Casuistik der operativen Behandlung congenitaler Bildungsfehler der Ohrmuschel (Sur la casuistique du traitement opératoire des anomalies congénitales du pavillon de l'oreille), par H. HECHT (Tiré à part de l'*Archiv. f. Ohrenh.* Bd 44).

Sur un cas de surdité complète à la suite d'une méningite aiguë par diplococcus de Fraenkel et présentation de la malade, par V. GRAZZI (Extrait des *comptes rendus* du 5^e Congrès intern d'otologie, Florence, 1898).

Di una grave complicazione avvenuta dopo l'asportazione di un papilloma della laringe (Grave complication consécutive à l'ablation d'un polype laryngien), par V. GRAZZI (Extrait de la *Sett. med. della sperimentale*, n° 50, 1897).

I. Discours du Prof. V. GRAZZI à l'inauguration du 3^e Congrès de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie tenu à Rome le 28 octobre 1897. — II. A propos du traitement de l'ozène par le sérum anti diphthérique, par GRAZZI (Extrait du *compte-rendu* du Congrès, in *Boll. delle mal. dell'Orecchio, Gola e naso*, janvier 1898).

Notes oto-rhino-laryngologiques, par V. GRAZZI (Extrait de la *Clinica moderna*, n° 9, 1898).

Die syphilitischen granulome (syphilome) der nase (Les granulômes syphilitiques (syphilôme) du nez, par A. KUTTNER (Tiré à part de l'*Archiv. f. lar.*, Bd 7, h. 2, u. 3).

Transactions of the 19th annual Meeting of the american laryngological Association (*Comptes rendus* de la 19^e session annuelle de l'Association laryngologique américaine tenue à Washington les 4, 5 et 6 mai 1897 (Vol. de 200 pages, cartonné à l'anglaise, D. Appleton and Co, éditeurs, New-York, 1898).

Le code du buveur d'eau au Mont-Dore, par J. MASCAREL (Broch. de 24 pages, 2^e édition, typog. Mont-Louis, Clermont Ferrand, 1898).

Annales de 1897 de E. MERCK (Darmstadt, février 1898).

Certain conditions of the tonsils which limit the usefulness of the tonsillotomy (Certains états des amygdales limitant l'emploi de l'amygdalotomie, par A. A. BLISS (Extrait du *Journ. of the amer. med. Ass.*, 12 mars 1898).

Sur le traitement des sinusites (maxillaire excepté), par E. J. MOURN (Extrait de la *Rev. heb. de lar. otol. et rhin.*, 1898).

The Asch operation for deviations of the cartilaginous nasal septum, with a report of two hundred operations (L'opération de Asch pour les déviations de la cloison nasale cartilagineuse, avec 200 observations), par E. MAYER (Extrait N.-Y. *med. Record*, 5 février 1898).

De l'anesthésie en art dentaire, par E. SAUVEZ (Extrait de l'*Odontologie*, 15 février 1898).

Le Gérant : G. MASSON.

